

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1959

T H E S E

N°

504

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

K L E I N Christiane

née Crestey le 21 Février 1926 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

1959

"FONCTIONNEMENT DE LA MATERNITE DE L' HOPITAL

DE LA PITIE POUR L' ANNEE 1955"

Président : Monsieur le Professeur L A C O M M E

PARIS 1959



A MON PERE

A MA MERE

A MON MARI

A MES ENFANTS

JEAN-FRANCOIS

MARIE-NOELLE

OLIVIER

et JACQUES

En témoignage de mon affection

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LACOMME

Professeur de la Chaire de Clinique à l'Hôpital

Baudelocque,

Accoucheur des Hôpitaux,

Membre de l'Académie de Médecine,

Chevalier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait l'honneur

d'accepter la présidence de

cette thèse,

Hommages respectueux.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ JACQUES GRASSET

Gynécologue - Accoucheur des Hôpitaux,

qui nous a inspiré le sujet

de cette thèse,

Qu'il trouve ici l'expression

de ma gratitude.

I N T R O D U C T I O N

Le but de ce travail est l'étude de l'activité obstétricale, au cours de l'année 1955, de la maternité de la Pitié dirigée par notre maître, le Professeur Agrégé Jacques GRASSET.

Dans une première partie, nous indiquerons simplement le nombre des consultantes aux différentes consultations du Service.

La dernière partie, consacrée à l'obstétrique proprement dite , est divisée en chapitres étudiant successivement :

- I - Les avortements et les morts du fœtus in utero.
- II - Les accouchements, leurs différentes présentations et les accouchements gémellaires.
- III - Les complications de la gestation et en particulier l'insertion basse du placenta.
- IV - Les états pathologiques compliquant la gestation ou associés à la gestation,
 - vomissements graves
 - affections vasculo-rénales
 - syphilis
 - tuberculose
 - cardiopathies
 - pyélonéphrites
 - diabète, etc...
- V - L'étude des éliminations hormonales au cours de la gestation

- VI - Les anomalies de la parturition :
- accouchements prématurés,
 - grossesses prolongées
 - dystocies dynamiques et, à ce propos, nous étudierons la Méthode d'accouchement physiologiquement accélérée utilisée dans le Service
 - procidences
 - dystocies des épaules.
- VII - Les viciations pelviennes
- VIII - Les anomalies et complications de la délivrance
- IX - Les interventions au cours de la gestation
- X - La pathologie des suites de couches
- XI - Les interventions obstétricales, chirurgicales et gynécologiques au cours de la parturition
- XII - Le fœtus et le nouveau-né
- XIII - La mortalité maternelle
-
- NOTA - Nous nous en sommes tenus dans ce travail, à l'étude de l'activité obstétricale pure du Service, n'envisageant pas l'activité gynécologique.
-

PREMIERE PARTIE

ANALYSE DES CONSULTATIONS DE LA MATERNITE DE L'HOPITAL DE LA PITIE, 1955

- CONSULTATIONS -

CONSULTATIONS DE LA MATERNITE DE L'HOPITAL DE LA PITIE, 1955

Pendant une période de 12 mois, du 1er Janvier au 31 Décembre 1955, le Service de consultations de la Maternité de l'Hôpital de la Pitié, a enregistré 10.358 consultations qui se répartissent de la façon suivante :

- 4.998 consultations prénatales,
- 328 consultations postnatales,
- 2.082 consultations de nourrissons,
- 2.819 consultations de gynécologie et de stérilité,
- 131 consultations de maladies héréditaires.

ANALYSE DES CONSULTATIONS DE LA MATERNITE DE L'HOPITAL DE LA PITIE, 1955

DEUXIEME PARTIE

.....

- LES ACCOUCHEMENTS -

Femmes hospitalisées	1.874
Accouchements	1.403
Cémellaires	19
Mortalité maternelle	6
Enfants vivants, à la sortie de la clinique	1.364
Mortinalité et mortalité infantile	39
Avortements	471
Avortements thérapeutiques	0
Césariennes	40
Interventions au cours de la gestation	5

.....

CHAPITRE PREMIER

=====

LES AVORTEMENTS - 471 OBSERVATIONS

1°- ETIOLOGIE

A) MECONNUE : 334 observations

N° 1 1^{ter} 2 3 4^{bis} 5 6 6^{bis} 7 8 9

9^{bis} 11^{bis} 12 (Les dosages hormonaux étaient normaux 10 jours avant l'expulsion, laquelle fut provoquée médicalement en raison de l'ouverture de l'oeuf - Grossesse suivie dans le Service pour hémorragie).

N° 12^{bis} 12^{ter} (dosages hormonaux à la limite inférieure de la normale 12 jours avant l'expulsion).

N° 13 14 13^{bis} (femme porteuse d'un rétrécissement mitral).

15 15^{bis} 16 (oeuf complet). 16^{bis} 17 (foetus macéré). 17^{bis}

18^{bis} 19 19^{bis} 20 20^{bis} 21 21^{bis} 22 (trois césariennes antérieures). 22^{bis} 23 23^{bis} 24^{bis} 25 26

26^{bis} 27 28 (oeuf clair). 28^{bis} 29 30 29^{bis} 30^{bis}

31 32^{bis} 33^{bis} 34 (dosages hormonaux 3 jours avant l'expulsion : P.G. et G.B.S. à la limite inférieure de la normale, phénolstéroïdes effondrés). 34^{bis} 35^{bis} 37 37^{bis} 38^{bis}

40^{bis} 41 41^{bis} 42^{bis} (foetus macéré). 42^{ter} 43 43^{bis}

44 44^{bis} (dosages hormonaux sensiblement normaux 5 jours avant l'expulsion). 45 45^{bis} 45^{ter} 46 47 47^{bis} 48^{bis}

49 49^{bis} 50 (4 avortements spontanés à répétition). 51

51^{bis} 52 52^{bis} 53 54^{bis} 55 55^{bis} 56 57 58^{bis} 59

59^{bis} 60^{ter} 61 62 63^{bis} 64 64^{bis} 65 66^{bis} 67

67bis 68 68bis 69bis 70bis 71 71bis 72bis 73 73bis
(possibilité de béance isthmique). 73ter 74bis 75 75bis
76 77 79 79bis 80 81 81bis 82bis 84ter 85 85bis
86 86bis 86ter 87 87ter 89 89bis 90 90bis 91 92
(oeuf clair). 93bis 94 94bis 95bis 96bis 97 97bis
98bis 99bis 100 102 104 105 106 110 107 108
111 112 113 114 115 118 119 121 (macéré).
124 125 128 132 133 137 (macéré).
138 140 143 144 146 147 149 150 151 152 153
154 158 160 (macéré).
161 162 163 164 165 166 168 170 171bis 172
174 175 176 177 178 179 180 181 182 184 187
189 190 192 193 195 197 198 200 201 202 203
204 204bis 210 211 213 216 217 218 219 221
222 (gémellaire). 223 224 225 226 227 228 229
230 231 233 234 236 237 238 239 240 242 243
245 246 248 251 253 254 255 257 258 259 260
261 262 263 264 (gémellaire).
265 (gémellaire).
265bis 267 269 270 272 273 276 279 280 281 282
284 287 289 290 290bis 291 292 293 295 296
301 302 303 306 307 310 310bis 311 312 313 314 315
316 318 321 322 323 325 327 329 330 332 333 334
336 337 339 339bis 340 340bis 341 342 343 344 346
(oeuf clair).
349 350 349bis 352 353 354bis 355 356 358

B) CONNUE

I. MANOEUVRES ABORTIVES

: 123 observations.

N° 3bis (quinine) 5bis (sonde) 7bis (soude) 8bis (queue de persil) 10 (soude) 10bis (soude) 11 (eau permanganatée intra-utérine) 18 (injection d'eau) 24 (manoeuvre instrumentale indéterminée) 25bis (soude) 27bis (eaubouillie) 31bis (eau bouillie) 33 (eau de savon) 35 (soude) 36 (soude) 36bis (eau de savon + teinture d'iode) 38 (trauma indéterminé ; grossesse gemellaire) 39 (trauma indéterminé ; grossesse gemellaire) 39bis (soude) 42 (soude ; grossesse gemellaire) 46bis (soude) 48 (eau de savon) 54 (trauma indéterminé) 55ter (soude) 56bis (queue de persil et tige de laurier) 57bis (injection gazeuse probable ; malade arrivée dans le coma avec aréflexie totale, raideur de la nuque, pupilles en mydriase, cyanose ; pas de signes abdominaux ; expulsion d'un foetus de 2 mois 1/2 dès l'arrivée dans le service, puis apparition de convulsions et mort dans le collapsus avec une température à 41° et 7/10° quelques heures après son arrivée. Autopsie: (utérus paraissant normal) 58 (queue de persil) 60 (3 flacons de crinex) 61bis (queue de lierre) 62bis (soude) 78 (soude) 82 (soude) 83 (soude) 83bis (soude) 84 (soude) 84bis (eau de savon) 88 (soude) 88bis (soude) 91bis (soude) 92 bis (soude) 93 (trauma indéterminé ; gemellaire) 95 (soude) 96 (soude) 100 bis (injection d'air) 101bis (soude) 102bis (soude) 103 (soude) 109 (soude)

116 (soude) 120 (queue de lierre) 122 (queue de persil) 123
(eau de savon) 126 (soude) 127 (soude) 129 (soude) 130 (soude)
131 (quinine) 134 (quinine + soude) 136 (tube de nylon) 139
(soude) 141 (soude) 142 (tube de caoutchouc) 145 (soude) 155
(soude) 157 (soude) 167 (soude) 169 (soude) 171 (soude) 185
(soude) 186 (trauma indéterminé) 188 (soude) 194 (soude) 199
(soude) 201bis (queue de lierre) 205 (soude) 207 (soude) 209
(injection d'eau) 212 (eau de savon) 214 (eau de savon) 215
(eau oxygénée) 220 (soude) 232 (soude) 235 (soude) 244 (eau de
savon) 247 (soude) 249 (soude) 256 (trauma indéterminé) 266
(soude) 268 (eau de savon) 271 (soude) 274 (soude) 275 (soude)
277 (soude) 286 (trauma indéterminé) 288 (trauma indéterminé)
294 (eau de savon) 297 (soude) 298 (eau de savon) 299 (soude)
300 (eau bouillie) 304 (eau bouillie) 305 (soude) 308 (soude)
309 (soude) 319 (soude) 320 (soude) 324 (soude) 324bis (per-
manganate) 326 (soude) 328 (soude) 345 (soude) 347 (trauma in-
déterminé) 348 (soude) 351 (soude) 354 (soude) 357 (soude).

II. AUTRES CAUSES

a) Le terrain

- Syphilis : 4 observations

N° 1bis (syphilis traitée en 1948 par novar + bivato1 + pé-
nicilline - B.W. actuellement négatif) 2bis (découverte en
1940, traitée par novar + sulfarseno1 + bivato1 ; 6 accouche-
ments normaux ; traitée au cours de ses grossesses ; B.W. ac-
tuellement négatif) 40 (sérologie positive 2 ans auparavant,

à l'occasion d'une grossesse ; reçoit alors cyanure + bivato1
+ pénicilline, puis en 54 pénicilline ; en 55 pénicilline +
bivato1) 87bis (avortement au 2ème mois chez une femme qui
serait porteuse d'une syphilis congénitale et qui a été trai-
tée au cours des 3 précédentes grossesses, lesquelles sont
arrivées à terme ; enfants normaux ; résultat du B.W.inconnu).

- Diabète : 2 observations

N° 53bis (Diabète connu depuis 1952 et traité par 34 u. I.
P.Z.) 252 (début il y a 4 ans ; avortement à l'occasion
d'un épisode acidotique).

- Cardiopathie : 1 observation

N° 72 (rétrécissement mitral décompensé ; la femme arrive
dans un état de pré-agonie ; expulsion du fœtus le lende-
main ; mort de la femme 4 heures après).

- Néphrite : 1 observation

N° 250 (néphrite hypertensive).

- Epilepsie : 1 observation

N° 4 (œuf clair)

-:-:-:-:-

b) Placenta praevia : 6 observations

N° 32 - 101 - 196 - 278 - 317 - 338.

-:-:-:-:-

c) Avortement molaire : 3 observations

N° 98 (môle au 4ème mois ; prolans positifs à 20.000 unités lapine, négatifs à 50.000 unités lapine. Curage digital : môle vésiculaire typique, partiellement encapsulée, pesant 600 gr. Hémorragie importante ; transfusion).

148 - 156.

d) Insuffisance hormonale : 9 observations

N° 14bis - 99 (dosages hormonaux à la limite inférieure de la normale la veille de l'expulsion du fœtus) - 117 (insuffisance folliculinique modérée, traitée par distilbène) - 135 (insuffisance hormonale grave, traitée par distilbène ; expulsion d'un macéré) - 241 (insuffisance folliculinique) - 285 (insuffisance hormonale traitée) - 314bis (insuffisance hormonale globale) - 331 (insuffisance globale, traitée par oestrogènes et progestérone, expulsion d'un macéré) - 335 (insuffisance traitée par oestrogènes).

-:-:-:-:-

e) Traumatisme :

α - opératoires : 2 observations

N° 66 (avortement 20 jours après l'ablation d'un kyste de l'ovaire, pratiquée au 3ème mois de la gestation) - 78bis (appendicectomie pratiquée 1 mois auparavant et compliquée d'un abcès de la paroi).

β - accidents de la rue : 2 observations

N° 206 - 295bis (fracture du crâne avec état confusionnel consécutifs à un accident de la voie publique et survenu 25 jours auparavant).

.. / ...

Y - causes diverses : 6 observations

N° 63 (hydramnios aigu ; gémellaire bichoriale) - 70 (avortement spontané 12 jours après l'hospitalisation pour vomissements graves ; amaigrissement de 10 kgs. Dosages hormonaux à la limite inférieure de la normale 4 jours avant l'évacuation) - 191 (béance de l'isthme) - 50bis (utérus à éperon) - 60bis (gros fibrome de la face postérieure de l'utérus ; avortement à répétition) - 159 (gros noyau fibreux de la face antérieure de l'utérus).

-:-:-:-:-

2°- AGE DE LA GROSSESSE

A) 1er MOIS : 23 observations

N° 33bis	47bis	50bis	52bis	56bis	50	64	66bis		
88bis	89	90	94bis	97bis	142	211	244	291	300
303	312	323.							

B) 2ème MOIS: 183 observations

N° 2bis	3bis	4	5	6bis	11	11bis	12bis	13bis
14bis	16	16bis	17bis	18bis	20bis	24bis	25	26bis
27bis	31	31bis	32bis	36bis	37	40	45bis	45ter
46bis	48	49bis	52	53bis	54	54bis	55	55ter
57bis	59bis	62	65bis	68	69bis	70bis	72bis	74
74bis	76bis	78	79bis	81	82bis	84	84bis	84ter
85bis	86	86ter	87	87bis	87ter	89bis	91	95

96bis	99bis	101bis	102bis	102	103	104	105	107		
108	111	119	120	122	123	126	128	133	136	140
141	145	147	154	158	159	161	162	163	164	166
168	169	170	171bis	174	178	184	186	188	193	
195	198	199	200	201bis	203	204bis	205	207	209	
210	214	216	218	220	221	223	226	227	228	230
236	238	239	240	243	251	255	258	262	263	
265bis	268	270	271	272	275	279	280	281	284	
285	287	288	289	290	290bis	296	298	302	304	
306	311	314	315	319	320	322	324bis	327	328	
329	334	336	340bis	342	344	345	347	349bis		
350	353	356	357							

C) 3ème MOIS : 175 observations

N° 1	1bis	5bis	7bis	8bis	9bis	10	10bis	13		
15bis	17	18	19	19bis	21	21bis	22bis	23	23bis	
24	25bis	28	28bis	29	29bis	30bis	33	34bis	35	
36	37bis	38bis	39	39bis	40bis	42	43bis	44bis		
45	47	48bis	49	51bis	53	55bis	56	58	58bis	
59	60bis	61bis	63bis	64bis	66	67bis	68bis	69		
71	73	75	75bis	76	77	77bis	78bis	79	81bis	
82	83	83bis	86bis	90bis	91bis	92	92bis	93	94	
95bis	96	97	100bis	100	109	110	113	114	115	
118	121	125	129	130	131	134	138	139	143	
144	146	148	149	150	152	153	155	157	165	167
171	172	176	177	180	181	182	185	187	190	

194 197 202 204 206 213 215 229 232 233 234
 235 237 242 245 246 248 252 253 254 256 259
 266 269 273 282 286 292 294 295bis 297 299
 301 305 307 308 309 310 318 321 324 325 326
 332 339 340 346 349 358.

D) 4ème MOIS : 61 observations

N° 1ter 2 4bis 8 9 20 22 26 30 32 34 35bis
 41bis 43 51 57 61 62bis 67 70 71bis 85 98
 98bis 116 124 132 137 156 160 179 189 192
 212 217 219 222 224 225 247 249 257 261 264
 265 274 277 293 314bis 316 330 333 335 337
 339bis 341 343 351 352 354.

E) 5ème MOIS : 36 observations

N° 3 4ter 6 7 12 12ter 14 15 27 38 42ter
 44 50 60ter 63 65 88 99 106 117 127 135
 175 191 201 231 241 260 267 276 278 295
 310bis 313 348 354bis.

F) 6ème MOIS : 14 observations

N° 41 42bis 46 72 73bis 101 112 151 196 250
 317 331 338 355.

G) AGE INCONNU : 2 observations

N° 73ter 93bis

3°- MODALITES DE L'AVORTEMENT

A) N'AYANT PAS NECESSITE UNE INTERVENTION : 19 observations

N° 3 4ter 8 7 29 34 43bis 72 99 191 249
260 276 290bis 295 313 331 338 355

B) AYANT NECESSITE UNE INTERVENTION :

I - CURAGE : 273 observations

N° 1 2 2bis 5 6 7 7bis 9 10 10bis 12
12bis 12ter 13 14 13bis 15 17 18 19 20 21
21bis 22bis 23 24 26 26bis 27 28 28bis 30
31 32 32bis 35bis 36bis 37 37bis 38 38bis 39
40 40bis 41 41bis 42 42ter 43 44 44bis 45
45ter 46 47 47bis 48 49 50 51 54 54bis 55 55bis
56 57 57bis 59 60 60ter 61 62bis 63 65 65bis
67 67bis 68 69 70 70bis 71 71bis 72bis 73
73bis 73ter 74bis 75 75bis 76 77 77bis 78 79
80 82 82bis 83 83bis 73ter 74bis 75 75bis 76
77 77bis 78 79 80 82 82bis 83 83bis 84ter 85
86ter 88 91bis 93 94 96 96bis 97 98 98bis 99bis
100 101 102 104 105 106 111 112 113 114 117
118 119 120 121 124 125 127 128 131 132 135
137 139 143 145 146 147 148 150 151 156 158 165
166 167 168 169 172 174 177 179 181 184 185 186
187 188 189 192 193 194 195 196 197 198 200
201 201bis 207 209 211 212 213 215 217 219 220
221 222 224 225 231 232 233 235 237 238 239
240 241 242 245 246 247 250 253 255 257 259

261 264 265 266 267 268 269 272 273 274 275
 278 279 280 281 282 286 292 293 294 299 302
 303 305 307 310bis 311 314 314bis 316 317 318 320
 321 323 324 324bis 326 327 328 330 332 333
 339 340 341 347 348 351 352 353 354 354bis
 356 357 358.

II - CURETAGE : 201 observations

N° 1bis 1ter 3bis 4 4bis 5bis 6bis 8bis 9bis
 11 11bis 14bis 15bis 16bis 17bis 18bis 19bis
 20bis 22 23bis 24bis 25 25bis 27bis 29bis 30bis
 31bis 33 33bis 34bis 35 36 39bis 43bis 45bis
 46bis 48bis 49bis 50bis 51bis 52 52bis 53 53bis
 55ter 56bis 58 58bis 59bis 60bis 61bis 62 63bis
 64 64bis 66 66bis 68bis 69bis 74 76bis 78bis
 79bis 81 81bis 84 84bis 85bis 86 86bis 87
 87bis 87ter 88bis 89 89bis 90 90bis 91 92
 92bis 93bis 94bis 95 95bis 97bis 100bis 101bis
 102bis 103 107 108 109 110 115 116 122 123
 126 129 130 133 134 136 138 140 141 142 144
 149 152 153 154 155 157 159 160 161 162 163 164
 170 171 171bis 175 176 178 180 182 190 199
 202 203 204 204bis 205 206 210 214 216 218
 223 226 227 228 229 230 234 236 243 244 248
 251 252 254 256 258 262 263 265bis 270 271
 277 284 285 287 288 289 290 291 295bis 296
 297 298 300 301 304 306 308 309 310 312 315

319 322 325 329 334 335 336 337 339bis 340bis
342 343 344 345 346 349 349bis 350.

III - AUTRES INTERVENTIONS : 1 observation

N° 24 (laparatomie exploratrice pour syndrome péritonéal : le fond de l'uterus est aminci, pseudo-kystique - Ligature des trompes).

c) ANTIBIOGRAMME : 310 observations

N° 1ter 2 3 3bis 4 5 5bis 6bis 7 8 8bis 9
9bis 10 10bis 11 12 12bis 12ter 13bis 15 15bis
16bis 18 19 20 20bis 21 21bis 23bis 24 24bis 25
25bis 26 26bis 27 28bis 29 30 30bis 33 33bis 34
35 36 36bis 37 38bis 39bis 40 40bis 42 42bis 43bis
44bis 45 45ter 46bis 48 48bis 49 49bis 51 51bis
53 53bis 54 54bis 55 55bis 55ter 56bis 57 58bis
59bis 60ter 61 61bis 62 62bis 63bis 64bis 65bis
66bis 67 67bis 68bis 69 69bis 70 71 71bis 73 74
74bis 76 76bis 77bis 78 78bis 79bis 80 81 82 83
83bis 84bis 85 85bis 86 86bis 87 87bis 87ter 88
88bis 89bis 90 90bis 91 91bis 92bis 94 94bis 95bis
96 96bis 97 99 99bis 100bis 101bis 100 102bis 102
103 105 108 112 113 114 116 118 122 123 127
131 134 139 141 142 144 145 146 149 150 152 154
155 157 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169
171 177 184 186 187 188 190 192 197 198 199 200
201 201bis 203 204 204bis 205 206 207 209 210 212

213 214 215 217 218 219 220 221 223 224 225 226
 228 230 232 233 234 236 237 238 239 243 244 249
 250 251 253 254 256 257 258 259 260 261 262 263
 264 265bis 266 268 269 270 271 272 273 275 277 278
 279 280 281 282 284 286 287 289 292 293 294 295
 297 298 300 301 302 302 303 304 305 306 307 309
 310 311 312 314 316 318 319 320 321 322 323 324
 324bis 325 326 327 328 329 330 333 334 336 337
 339 339bis 340 340bis 341 342 343 344 345 346 347
 348 349 349bis 351 352 353 354bis 355 356 357 358.

4°- COMPLICATIONS

A) INFECTIEUSES : 137 observations ,

N° 6bis (infection à perfringens : ictère ; pas de lésion rénale ;
 traitement : 6 millions de pénicilline par jour pendant 10 jours -
 guérison).

9 10 13 15 18 (pelvi-péritonite).

21 24 (syndrome péritonéal ; laparatomie exploratrice ; ligature
 des trompes).

25bis 28bis 29 33bis 35 35 37 38 38bis 39 39bis
 41bis 42 44 (pelvi-péritonite).

45 46bis 54 56bis 59 60 61bis 63 67 68 68bis
 73ter 74 74bis 76 80 82bis 83bis 84 91 91bis 94bis
 95 97 101bis 102 103 109 116 123 126 127 129 131
 134 139 142 143 145 150 152 155 159 166 167 169
 171 172 177 178 179 181 182 185 186 189 193

201bis 203 204 204bis 205 207 211 212 214 216 219
220 222 225 228 231 234 237 240 242 249 250 251
253 254 257 258 263 264 265bis 269 275 277 281
282 288 289 291 (10 jours après le curetage, colpotomie pour ab-
cès du Douglas ; 20 jours après hystérectomie subtotale pour pyosal-
pinx en voie de diffusion ; suites opératoires satisfaisantes). 297
299 300 304 305 306 308 318 319 320 324bis 330
332 333 344 345 347 348 (phénomènes septicémiques avec po-
lyarthrite non suppurée). 351 354 355

B) HEMORRAGIE GRAVE : 43 observations

N° 13 (collapsus - 3 millions de globules rouges. Perfusion de dex-
tran) 15bis (collapsus subtosan). 22bis 28 31 (dextran).
32bis 36bis 43 54 (plasma et transfusion).
55 (plasma). 61bis (dextran). 68 (dextran). 77 (plasma). 89 (plas-
ma). 93 (plasma). 94 (plasma). 98 98bis (plasma). 107 (transfu-
sion). 119 (transfusion). 121 (transfusion). 124 (transfusion).
133 (transfusion). 139 156 (transfusion). 158 (plasma). 169
(plasma). 170 (transfusion). 178 (plasma). 179 (transfusion). 187
(dextran). 213 (dextran). 214 (plasma). 220 (plasma + sang). 221
(transfusion). 238 (dextran). 255 (dextran). 272 (dextran + sang).
273 (subtosan). 301 (dextran). 311 (plasma). 318 (dextran + sang).
350 (subtosan).

C) PHLEBITE : 1 observation

N° 93bis

FOETUS MORT IN UTERO

- 99 : (primigeste de 23 ans ; pas de notion étiopathogénique ; mort aux environs du 7ème mois).
- 415bis : (4ème pare de 32 ans ; mort au 6ème mois ; grossesse suivie en ville).
- 454 : (4ème pare de 23 ans ; 3ème siège iteratif. Mort in utero au voisinage du terme ; pas de facteurs étiopathogéniques retrouvés).
- 506 : (Primipare de 28 ans ; diabétique depuis l'âge de 12 ans, équilibre avec 60 u. d'insuline ordinaire par 24 heures ; hydramnios ; mort au voisinage du terme).
- 777 : (Primipare de 22 ans ; diabétique ; mort au voisinage du terme à la suite d'un coma acidotique).
- 905 : (Seconde pare de 29 ans ; diabète grave découvert au 6ème mois à l'occasion d'un coma acidotique ; mort du fœtus in utero).
- 991 : (Seconde pare de 34 ans ; mort à 7 mois 1/2 ; aucun facteur étiopathogénique retrouvé).
- 1048 : (Cinquième pare de 28 ans ; mort à 7 mois ; aucun facteur étiopathogénique retrouvé).
- 1161 : (Seconde pare de 42 ans ; pancréatite aiguë oedémateuse ; mort au voisinage du terme).
- 1291 : (39 ans ; quatrième pare ; tuberculose pulmonaire ; enfant mort en fin de gestation).
- 1378 : (Quatrième pare de 37 ans ; diabétique ; mort à 8 mois 1/2).

Facteurs étiologiques retrouvés

Sur les 11 observations, nous avons relevé 4 cas de diabète sucré, 1 cas de pancréatite aigüe oedémateuse.

Dans 6 cas, la cause n'a pas été retrouvée. Cependant dans 1 cas, il s'agissait d'une femme atteinte de tuberculose pulmonaire non traitée.

Dans la moitié des cas des morts in utero relevés dans le service, il s'agit donc de diabète.

Ce pourcentage élevé est expliqué par l'existence dans le même hôpital de 2 Services spécialisés dans le traitement du diabète.

CHAPITRE II

= = = = =

LES ACCOUCHEMENTS : 1.403

Différentes présentations :

- Sommet	1.341
- Face	3
- Front	0
- Siège : complet . .	28
décomplété	29
- Epaule	2

1/ Présentation du sommet : 1.341 observations parmi lesquelles :

- Dégagement en O.S. : 5 observations.

Multipares - 783, 1119, 1320 (2ème jumeau prématuré de 7 mois).

Primipares - 55, 1348 (uterus cylindrique).

2/ Présentation de la face : 3 observations.

Dégagement spontané dans les 3 cas : 514, 835, 922

3/ Présentation du front : 0 observation.

4/ Présentation de l'épaule : 2 observations.

a - Etiologie

N° 951 (Placenta praevia chez une 4ème pare ayant subi une
myomectomie 2 ans auparavant).

N°1305 (uterus cordiforme).

b - Conditions de l'accouchement.

N° 951 (Césarienne basse transversale au tout début du travail à terme).

N° 1305 (Rupture prématurée des membranes et hémorragie au terme de 7 mois 1/2 ; césarienne segmentaire).

5/ Présentation du siège : 54 observations.

Siège complet : 28 observations dont 20 accouchements spontanés.

Siège décomplété : 29 observations dont 20 accouchements spontanés.

a - Etiologie :

1°- Causes maternelles ,

- Multiparité : 13 observations ,

N° 139, 336, 375, 647, 649, 676, 793, 957, 1017, 1181, 1275, 1339, 1340.

- Viciation pelvienne : 3 observations ,

N° 126 (excavation rétrécie transversalement), 589 (B. G.R. léger), 1005 (bassin limite).

- Autres étiologies :

Malformations utérines : 3 observations ,

(Uterus cylindrique : 2 observations (643, 697)).

(Uterus cordiforme : 1 observation (933)).

2°- Causes foetales ,

- Gémellité : 12 observations ,

N° 34, 113, 120, 124bis, 308, 488, 598, 652, 1083, 1180, 1307, 1132.

3°- Autres causes ,

- Prématuration : 16 observations ,

N° 139, 218, 586, 598, 793, 905, 924, 932, 1005, 1034, 1235, 1251, 1256, 1275, 1308, 1340.

- Insertions basses : 4 observations ,

N° 38, 263, 374, 1034.

- Hydramnios : 1 observation ,

N° 519

b - Conditions de l'accouchement :

Accouchements spontanés :

- Siège complet : 20 observations ,

N° 38, 113, 120, 124bis, 139, 336, 374, 384, 454, 479, 488,
525, 598, 652, 793, 924, 1005, 1079, 1251, 1307.

- Siège décomplété : 20 observations ,

N° 13, 308, 326, 353, 519, 586, 647, 676, 697, 905, 932,
957, 1017, 1032, 1034, 1180, 1235, 1255, 1275, 1339.

Interventions :

- Grande extraction : 5 observations ,

N° 933, 113, 120, 218, 1133.

- Abaissement des bras relevés : 3 observations ,

N° 479, 649, 1017.

- Forceps sur tête dernière : 1 observation , N° 218.

- Césarienne : 5 observations ,

N° 126, 263, 398 (césarienne itérative avec section et ligature des trompes), 528, 589.

- Episiotomie : 3 observations ,

N° 218, 479, 643.

c - Conditions de la délivrance

Délivrance naturelle : 49 observations ,

N° 113, 124bis, 139, 336, 374, 375, 384, 398, 454, 488, 525, 528, 598, 652, 793, 924, 1005, 1079, 1181, 1251, 1256, 1307, 1308, 13, 126, 308, 326, 353, 519, 586, 589, 643, 647, 676, 697, 905, 932, 957, 1017, 1034, 1083, 1180, 1235, 1236, 1255, 1258, 1275, 1339, 1340.

Délivrance artificielle : 8 observations ,

N° 38, 120, 218, 479, 649, 933, 1132 (toutes après interventions obstétricales sur le foetus).

Révision utérine : 2 observations ,

N° 124, 374.

d - Complications de l'accouchement

Déchirure périnéale superficielle : 4 observations ,

N° 13, 932, 1079, 1251.

Déchirure périnéale avec atteinte sphinctérienne et déchirure du col : 1 observation , N° 218.

e - Résultats

Pour la mère :

Mortalité : nulle

Pour le foetus :

Mortalité : 6 observations ,

- Morts-nés : 2 observations ,

N° 454 (1400 gr. accouchement spontané), 649

- Morts-nés macérés : 2 observations ,

- N° 586, 905 (enfant mort in utero au 6ème mois de la gestation au cours d'un coma chez une mère diabétique).

- Décédés après la naissance : 2 observations ,
N° 38 (prématuré de 6 mois, pesant 1380 gr. accouchement spontané), N° 124bis (2ème jumeau, né en état de mort apparente ; pesant 1250 gr. accouchement spontané, non ramené).

6/ Accouchement gémellaire : 19 observations

- Gémellité mono-amniotique, mono-choriale : 0
- Gémellité mono-choriale, bi-amniotique : 4 observations ,
N° 33/34, 124bis, 1198/1199, 1215/1216.
- Gémellité bi-choriale, bi-amniotique : 9 observations ,
N° 97/98, 112/113, 119/120, 307/308, 416/417, 1082/1083, 1132/1133, 1263/1264, 1319/1320.
- Gémellité avec foetus de sexe différent : 6 observations ,
N° 487/488, 598/599, 651/652, 764/765, 1180/1181, 1307/1308.

a- Présentations

Sommet : 20 observations ,
N° 33, 124bis, 97/98, 112/113, 119, 307, 487, 764, 1082, 1133, 1198/1199, 1215/1216, 1263/1264, 1319/1320.

Sièges :
- complets : 11 observations ,
N° 34, 120, 124bis, 488, 598/599, 652, 1180/1181, 1307/1308.

- décomplétés: 3 observations ,
N° 308, 1083, 1132.

Face : 0 observation ,

Front: 0 observation ,

Epaule 0 observation.

b- Accouchements prématurés : 8 observations.

6 mois : 0 observation.

7 mois : 4 observations, N° 97/98, 124bis, 1215/1216, 1319/1320.

8 mois : 4 observations, N° 416/417, 487/488, 598/599, 1307/1308.

c- Conditions de l'accouchement

- Accouchements spontanés : 12 observations ,

N° 33/34, 97/98, 124bis, 307/308, 416/417, 487/488, 651/652,
1180/1181, 1198/1199, 1263/1264, 1307/1308, 1319/1320.

- Manoeuvres obstétricales :

(Version podalique : 3 observations, N° 113, 765, 1133.

{ Grande extraction
 de siège : 3 observations, N° 113, 120, 1133.

- Interventions :

(Forceps : 1 observation, N° 764 (non progression de la
présentation après 1 heure d'expectative).

(Césarienne: 1 observation, N° 598/599 (avec section et
ligature des trompes).

- Accidents de l'accouchement

(Procidence d'une main, N° 1133.

d- Accidents de la délivrance

- Hémorragie : 1 observation, N° 1198/1199

- Délivrance artificielle : 5 observations ,

N° 112/113, 119/120, 764/765, 1132/1133, 1198/1199.

e- Résultats

Mortalité maternelle : nulle.

Mortalité foetale : 2

- Après la naissance : 1 observation, N° 98 (1550 gr.).

- Mort-né : 1 observation, N° 124bis (1250 gr.).

CHAPITRE III

= = = = =

COMPLICATIONS DE LA GESTATION

1/ TUMEURS UTERINES ET GESTATION

a - Fibrome : 5 observations ,
dont 2 se terminent par un avortement :

N° 60bis : Gros fibrome de la face postérieure de l'uterus entraînant
des avortements à répétition. Avortement au 3ème mois.

N° 159 : Gros noyau fibreux de la face antérieure de l'uterus.
Avortement au 2ème mois.

Les 3 autres observations :

N° 200 : Césarienne itérative corporéale chez une femme âgée de
40 ans ayant eu 2 césariennes antérieures. Extraction d'un
enfant vivant de 2580 gr.

Hysterectomie pour multiples fibromes, subtotale avec
conservation annexielle.

N° 827 : Primipare de 25 ans. Uterus antéversé présentant un petit
myome sur sa face antérieure. Perfusion d'hypophyse pour
insuffisance des contractions utérines. Application de
forceps pour fatigue maternelle et arrêt de la progression.
Enfant vivant de 3550 gr. Délivrance naturelle complète.

N° 968 : Deuxième geste de 31 ans. Uterus fibromateux. Agglutination
du col cédant spontanément après une heure de potentiali-
sation.

b - Kyste de l'ovaire : 1 observation.

Seconde pare de 37 ans. Césarienne segmentaire au début du travail pour kystes dermoïdes des ovaires. Enfant vivant, de 3400 gr.

Les kystes contenaient des os plats, trois dents et des touffes de poils.

2/ MOLE HYDATIFORME

Avortements : 3 observations,
N° 98, 146, 156.

3/ PLACENTA PRAEVIA

a - Placenta recouvrant : 6 observations ,

N° 38 : Deuxième pare, troisième geste de 27 ans.

hémorragie importante au 6ème mois et accouchement par le siège, d'un enfant de 1380 gr. Délivrance artificielle.

Enfant décédé 6 heures après sa naissance.

N° 263 : Troisième pare, onzième geste de 35 ans.

Métrorragies à partir du 5ème mois. A 7 mois, césarienne segmentaire pour début de travail, puis dilatation stationnaire et hémorragie persistante. Enfant vivant de 1800 gr.

N° 302 : Quatrième pare, cinquième geste de 34 ans.

Césarienne à 8 mois 1/2 pour hémorragie persistante avec état de choc. Enfant mort-né de 2770 gr.

N° 334 : Seizième pare de 44 ans.

Hémorragie importante au 8ème mois. Césarienne. Enfant vivant, de 3170 gr.

N° 595 : Troisième pare de 28 ans.

Césarienne segmentaire au 8ème mois pour hémorragie. Enfant ranimé après trente minutes de soins.

N° 1219 : Première pare, troisième geste de 40 ans.

Métrorragies depuis le début de la gestation. Hémorragie abondante à 7 mois 1/2. Accouchement naturel d'un enfant vivant, de 2450 gr. Révision utérine pour délivrance incomplète.

b - Placenta marginal : 2 observations ,

N° 314 : Troisième geste de 29 ans.

Accouchement à 7 mois 1/2. Forceps pour arrêt de la progression. Enfant vivant, de 2980 gr. Délivrance artificielle.

N° 1385 : Primipare de 23 ans.

Hémorragie brutale au 7ème mois. Accouchement naturel d'un enfant de 2050 gr. en état de mort apparente, ne pouvant être ranimé. Délivrance naturelle et complète.

c - Placenta latéral : 6 observations ,

N° 374 : Cinquième pare de 32 ans,

Rupture prématurée des membranes au 6ème mois avec hémorragie externe très importante. Accouchement naturel d'un enfant vivant, de 1450 gr. Révision utérine pour délivrance incomplète.

N° 553 : Deuxième pare, troisième geste de 30 ans.

Accouchement naturel à terme ; révision utérine.

N° 951 : Quatrième pare de 35 ans myomectomisée 2 ans auparavant.

Au 8ème mois, échec d'un essai de version par manoeuvres

externes sur présentation transversale. Césarienne segmen-
taire à terme. Enfant vivant, de 4350 gr.

N° 1034 : Primipare de 21 ans.

Accouchement naturel à 8 mois d'un enfant vivant, de 2140 gr.
Délivrance naturelle et complète.

N° 1089 : Cinquième pare, huitième geste de 37 ans, hospitalisée au
début du 8ème mois pour menace d'accouchement prématuré.

Accouchement naturel à terme d'un enfant vivant, de 2820 gr.
Révision utérine pour délivrance incomplète.

N° 1109 : Dixième pare de 35 ans.

Hémorragie importante à terme. Accouchement naturel à terme
d'un enfant vivant de 4000 gr. Révision utérine pour déli-
vrance incomplète.

En résumé :

Sur 14 observations d'insertion basse du placenta, on a donc
pratiqué :

- 5 césariennes,
- 1 application de forceps,
- Mortalité maternelle: nulle,
- Mortalité foetale : 3 dont 1 prématuré de
6 mois, pesant 1380 gr.

CHAPITRE IV

= = = = =

GESTATION ET ETATS PATHOLOGIQUES

1°- VOMISSEMENTS GRAVES DE LA GESTATION : 5 observations ,

N° 217, 226 (3ème pare de 25 ans, hospitalisée deux fois au cours de sa grossesse pour vomissements incoercibles.

Au terme de 3 mois : isolement en chambre noire ; diète complète ; réhydratation par perfusion intraveineuse lente. Anti-histaminiques. Neuroplégiques, sédatifs par voie parentérale dans le flacon de perfusion.

Amélioration ; sortie autorisée.

Réhospitalisation au terme de 8 mois ; intolérance gastrique absolue avec acétonurie RA : 25 vol. Même traitement que précédemment ; guérison au bout de quelques jours. Accouchement naturel à terme, d'une fille vivant, pesant 3600 gr. (Suites de couches normales).

N° 458, 764/765 (gémellaire ; primipare de 22 ans ; vomissements fréquents post-prandiaux mais n'entraînant pas d'atteinte à l'état général).

N° 1174 (3ème pare de 26 ans, hospitalisée au 3ème mois pour vomissements ; accouchement naturel à terme).

Conclusion

Sur 5 cas de vomissements au cours de la gestation, nous relevons seulement 1 cas dont la gravité a nécessité la thérapeutique habituelle des formes sévères : isolement, diète, calmants du système nerveux et agents désensibilisants tels que: phénergan et diparodl;

ce dernier "possède un pouvoir (synaptolytique) avant tout d'action centrale qui serait dû à une modification chronaxique de certains neurones centraux réalisant une véritable déconnexion"⁽¹⁾.

La guérison a été obtenue après 2 hospitalisations à 5 mois d'intervalle.

La gestation a pu être menée à terme et l'enfant est né vivant.

2°- NEPHROPATHIES GRAVIDIQUES

Nous étudierons successivement :

A/ L'albuminurie isolée.

B/ L'hypertension isolée.

C/ L'albuminurie et l'hypertension associées.

D) L'éclampsie.

A/ Albuminurie isolée : 15 observations.

Dans la plupart des cas, albuminurie observée au cours du travail, isolée et transitoire ; intégrité fonctionnelle rénale ,
N° 62, 80, 122, 138, 160, 207, 283, 303, 355, 363, 509, 531, 1250,
N° 1323 (quelques petits infarctus sur le placenta).
N° 1347 (au cours des 6ème et 8ème mois, cédant au régime : eau lactosée pendant 24 heures).
N° 930 (associée aux oedèmes).

B/ Hypertension isolée : 10 observations.

Dans 8 cas, l'hypertension ne s'est révélée qu'en fin de gestation

.. / ...

(1) La neuroplégie en pathologie obstétricale
(M. GREGOIRE, Thèse, PARIS 1954)

cédant sous l'influence d'un régime strict associé à un traitement sédatif et hypotenseur,

N° 157, 200, 261, 347, 510, 636/637, 699, 723.

Dans 1 cas : N° 931 (l'hypertension est constatée au 5ème mois de la gestation chez une 5ème pare de 42 ans ; elle régresse sous l'influence du traitement pour réapparaître au début du travail ; on fait une injection IV d'hyposulfite de magnésie ; accouchement et suites de couches normaux).

Enfin, dans un dernier cas : N° 1340 (hypertension artérielle récidivante de la grossesse, chez une 5ème pare de 44 ans, ayant subi une sympathectomie bilatérale 2 ans auparavant. Hospitalisée au début de sa 5ème grossesse en vue d'un bilan complet : cardio-vasculaire, pulmonaire et surtout rénal ; bilan dans l'ensemble très satisfaisant.

La grossesse évolue normalement ; accouchement prématuré à 8 mois , par le siège décomplété, d'un enfant vivant, criant aussitôt, pesant 2890 gr. Trois jours après, quelques troubles fonctionnels à type de céphalée, brouillard, fond d'oeil et culot urinaire normaux. La malade quitte le service en bon état).

Résultats : Mortalité maternelle et foetale nulle.

C/ Albuminurie et hypertension : 12 observations.

Accouchements normaux : 6 observations ,

N° 182, 248, 257, 376, 647, 1325 (dans ce dernier cas l'albuminurie et l'hypertension sont les séquelles d'une néphrite aiguë).

Accouchements prématurés : 2 observations ,

N° 28 (6 mois 1/2) ,

N° 1229 (8 mois 1/2).

Interventions : 4 observations ,

- Forceps : 156, 764 (sur premier jumeau).
- Grande extraction de siège : 765 (après version par manoeuvres internes sur deuxième jumeau).
- Délivrance artificielle : 764/765.
- Révision utérine : 182, 248.

Anomalies de la gestation :

- Pré-éclampsie : N° 28, 647.
- Vomissements ; N° 764/765.

Résultats :

Mortalité maternelle: nulle

Mortalité foetale : nulle

D/ Eclampsie :

Sur 1403 accouchements, nous avons relevé :

- 2 cas de pré-éclampsie :

N° 28 (apparition vers le 7ème mois, chez une 4ème pare de 33 ans, d'un gros oedème du membre inférieur gauche qui se généralise rapidement en même temps que surviennent céphalée, mouches volantes, amanrose, dyspnée avec sensation de striction laryngie ; TA.21/14: Albuminurie F.O. normal. Traitement : phénergan + dolosal + bécilan + vitamine B₁ en perfusion IV. La TA oscille entre 19/12 et 16/11. Accouchement spontané dans les heures qui suivent, d'une fille vivante, criant aussitôt, pesant 1140 gr. Régression de tous les troubles fonctionnels ; suites de couches normales).

- Un cas seulement de crise d'éclampsie :

N° 997 (Primipare de 19 ans ; n'a consulté qu'une fois au cours de

sa grossesse ; accouchement naturel près du terme, dans l'ambulance, d'une fille vivante, pesant 2950 gr. A l'arrivée dans la salle de travail, première crise d'éclampsie : TA 21/19 ; délivrance naturelle et complète ; oxygène - phénergan - gardénal sodique ; la femme respire mieux ; TA 13/7, à 15 minutes, puis une heure d'intervalle, deux nouvelles crises se succèdent. Traitement : phénergan + largacatil + dolosal + pronestyl + sérum glucosé. La malade fait encore 3 crises : en tout : 6 crises. Evolution vers la guérison sans séquelles rénales ou vasculaires diagnostiquées par le service d'urologie).

Or, la Maternité de l'Hôpital Tenon annonçait 7 ans plus tôt, sur 2457 accouchements, 11 cas d'éclampsie ; la mortalité maternelle étant de 5, la mortalité infantile de 4.

C'est dire l'efficacité, non seulement des nouvelles thérapeutiques employées, mais surtout des mesures prophylactiques permises par la surveillance régulières des femmes enceintes à l'occasion des consultations prénatales. Mais peut-être ne s'agit-il pas de la même catégorie de clientèle hospitalière ?

3°- SYPHILIS ET GROSSESSE

Réaction sérologique positive : 8 observations.

N° 267 (accouchement prématuré à 8 mois chez une 3ème pare de 24 ans, à sérologie positive, d'un enfant vivant, criant aussitôt, pesant 1700 gr. Placenta 480 gr. L'enfant est envoyé au centre des prématurés où sa croissance a été normale en dépit d'une ostéochondrite syphilitique de l'extrémité inférieure du fémur, traitée par la pénicilline ; guérison radiologique. Bw-négatif mais Nelson positif 93%).

N° 617 (4ème pare de 31 ans ayant fait un avortement spontané suivi de curetage 2 ans auparavant ; syphilis conjugale contractée il y a 9 ans et traitée par le bivatol ; actuellement, sérologie positive, pénicilline au 3ème mois de la gestation ; accouchement naturel, terme dépassé de 10 jours, d'un garçon criant aussitôt, pesant 3920 gr. L'enfant a une sérologie négative et ne présente aucune anomalie ; la radio du squelette est normale).

N° 653, N° 750 (3ème pare de 22 ans ; syphilis découverte au cours d'un examen prénatal, les examens sérologiques des deux premières grossesses s'étant par ailleurs révélés négatifs. La malade n'a jamais constaté de chancre ni de roséole. Traitement: 15 millions d'unités de pénicilline, nouvel examen sérologique positif ; série de 12 ampoules de bivatol ; accouchement naturel à terme, d'un enfant vivant, pesant 3900 gr. Placenta 840 gr. Enfant sans signe de la série syphilitique).

N° 781 (2ème pare de 28 ans ; syphilis découverte au cours d'un examen prénatal ; aucun antécédent syphilitique connu ; BW +++ Kline +++ malgré le traitement bivatol + pénicilline. On découvre par ailleurs une image radiologique suspecte : 2 nodules au sommet du poumon gauche ; traitée par streptomycine + rémifon. Accouchement normal près du terme. Suites de couches normales. Enfant sans signe de la série syphilitique).

N° 1011 (6ème pare de 34 ans ; BW + au cours de sa 4ème grossesse ; pas d'antécédents personnels de syphilis, en particulier pas d'accident secondaire ; les 3 premiers enfants sont normaux ; par contre, le BW au cordon après les 4ème et 5ème accouchements est positif.

Nelson au cordon 100%. Malgré le traitement : bivatol, la sérologie reste positive jusqu'à la fin de la 6ème gestation, au cours de laquelle, la malade n'a d'ailleurs pas poursuivi son traitement. Accouchement naturel près du terme, d'un enfant vivant, pesant 3670 gr. Enfant sans signe de la série syphilitique).

N° 1024 (primipare de 22 ans ; syphilis découverte au cours de l'examen prénuptial, traitée, mais très irrégulièrement par la floccilline. Accouchement aux environs du terme, d'une fille vivant, criant aussitôt, pesant 3850 gr. Hémorragie de la délivrance. Délivrance artificielle. Placenta 730 gr. Suites de couches normales. Enfant sans signe de la série syphilitique).

N° 1390 (6ème pare de 42 ans ; BW + lors de la première grossesse ; traitée par Arseno. Bismuth pendant 5 ans ; sérologie négative pendant toutes les autres grossesses ; redevient positive au cours de l'actuelle grossesse ; pénicilline au 2ème mois. Accouchement naturel à terme, d'un garçon vivant, pesant 3500 gr. Suites de couches normales. Enfant sans signe de la série syphilitique).

Réaction sérologique négative aux environs de l'accouchement :

9 observations :

N° 13 (seconde geste de 24 ans ; ancienne tuberculeuse stabilisée : syphilis découverte il y a cinq ans et traitée par la pénicilline, actuellement sérologie négative ; accouchement naturel à terme, d'une fille criant aussitôt, pesant 2950 gr.).

N° 397 (quatrième pare de 27 ans ; syphilis dépistée au début de la gestation, non traitée : BW positif ; six mois plus tard, sérologie

négative ; accouchement prématuré au terme de 8 mois, d'un enfant vivant, pesant 2440 gr. Révision utérine pour délivrance incomplète). N° 484 (onzième pare de 33 ans. Procréateur syphilitique. Iritis ancien chez la femme, associé à une surdité assez accentuée ; syphilis secondaire probable malgré BW négatif ; traitement spécifique par le cyanure de mercure, puis suivie irrégulièrement ; accouchement après déclenchement du travail pour terme dépassé de quinze jours, d'un enfant vivant, pesant 3370 gr. Placenta 780 gr.).

N° 547 (troisième pare de 36 ans, opérée à 26 ans d'une luxation congénitale de la hanche. Syphilis traitée 3 ans auparavant, pendant trois ans, par bivatol-quinby ; le BW se négative rapidement. Accouchement naturel à terme, d'une fille vivante, criant aussitôt, pesant 3200 gr. Délivrance artificielle pour non-décollement du placenta).

N° 653 (dixième pare de 41 ans, syphilis découverte lors d'un examen sérologique au cours de la huitième grossesse. Traitée par bivatol : trois séries de 6 injections. Jamais de pénicilline ni de contrôle sérologique ; actuellement BW négatif. BW et test de Nelson au cordon négatifs).

N° 923 (troisième pare de 30 ans, porteuse d'un pneumothorax depuis 2 ans, entretenu jusqu'au troisième mois de l'actuelle gestation ; Bacilloscopie positive. Par ailleurs, syphilis découverte à l'âge de 13 ans, traitée par le cyanure de mercure jusqu'à l'âge de 16 ans ; sérologie devenue négative à cette époque. La malade accusait alors de la surdité avec cécité. Actuellement, oeil droit normal, oeil gauche : oécité. Gros diastasis dentaire ; les séries de cyanure sont

reprises à intervalles de 2 à 3 ans. Les deux premiers enfants ont une sérologie négative. Au second mois de la troisième grossesse BW négatif, mais Nelson douteux ; deux séries de bispécia à un mois d'intervalle. Accouchement naturel à terme, d'un enfant vivant, criant aussitôt, pesant 3400 gr. ne présentant pas de malformation apparente. Placenta : 840 gr. Suites de couches normales).

N° 1124 (primipare de 18 ans ; constate un mois environ avant le début de sa grossesse, la présence d'un bouton au niveau de sa lèvre inférieure, puis l'apparition de 2 ganglions sous l'angulo-maxillaires ; auréomycine locale et per os. Au second mois de la gestation, éruption rosée ressemblant à un psoriasis syphilitique ; BW positif. Traitée 3 mois par bivatol et flocilline. La sérologie se négative ; accouchement naturel à terme, d'un enfant vivant, pesant 3280 gr. Forceps pour souffrance foetale. Placenta: 660 gr.).

N° 1322 (5ème pare de 31 ans ; syphilis découverte 12 ans auparavant et traitée par bivatol et pénicilline ; le traitement étant repris à chaque grossesse. Quatre accouchements normaux à terme, un avortement spontané à 6 semaines. La femme n'a jamais consulté pour cette grossesse et arrive à la Maternité en période d'expulsion ; accouchement prématuré à 8 mois, d'un garçon, criant aussitôt, pesant 2780 gr. Placenta: 540 gr.).

N° 1360 (9ème pare de 34 ans ; roséole syphilitique à l'âge de 17ans ; BW positif ; hospitalisée pendant 9 mois et traitée par novar bivatol-quinby. Sérologie devient négative après 2 ans de traitement, lequel est poursuivi au cours de chaque grossesse. Accouchement normal à terme, d'un garçon vivant, pesant 3500 gr., porteur d'une hydrocèle droite). Aucun des enfants de cette seconde série ne présente de signe de la série syphilitique).

.. / ...

Conclusion

Sur 1403 accouchements, nous avons relevé 16 cas de syphilis.

a - Sur 16 accouchées syphilitiques, 7 ont une sérologie positive parmi lesquelles nous avons relevé :

- un accouchement prématuré,
- une grossesse prolongée de 10 jours.

Tous les accouchements se sont effectués normalement.

Les enfants sont tous vivants et apparemment normaux, sauf un, atteint d'ostéochondrite syphilitique de l'extrémité inférieure du fémur.

b - Parmi les 9 cas où la sérologie est négative, nous avons relevé :

- 2 accouchements prématurés,
- 1 accouchement où le travail a été déclenché artificiellement pour terme dépassé de 15 jours.

Les accouchements se sont effectués normalement.

Tous les enfants sont normaux sauf un, porteur d'une hydrocèle droite (n'ayant probablement aucun rapport avec la syphilis maternelle).

La mortalité infantile est nulle.

TABLEAU COMPARATIF DES CAS DE SYPHILIS DANS 3 MATERNITES

	Maternité Tenon 38 cas (1951)	Maternité Bichat 25 cas (1953)	Maternité Pitié 16 cas (1955)
Mortalité infantile globale {	7,6%	8%	0%
-----	-----	-----	-----
Enfants sans signe de syphilis {	73,6%	56%	93,8%

4°- TUBERCULOSE ET GROSSESSE

Avec pneumothorax entretenu : 7 observations

N° 8 (troisième pare de 24 ans ; pneumothorax droit entretenu depuis 3 ans, bien toléré ; culture négative ; accouchement près du terme, d'un enfant vivant, pesant 3200 gr.).

N° 30 (quatrième pare ; pneumothorax droit entretenu depuis 4 ans ; accouchement naturel à terme, d'un enfant vivant, pesant 4700 gr.).

N° 140 (quatrième pare de 32 ans ; après 4 essais infructueux de création d'un pneumothorax extrapleurale gauche, actuellement encore insufflé toutes les trois semaines ; culture négative ; disparition des images radiologiques ; accouchement aux environs du terme, d'un enfant vivant, pesant 3140 gr.).

N° 602 (seconde pare de 22 ans ; tuberculose découverte il y a 5 ans ; malade suivie médicalement et porteuse d'un pneumothorax gauche depuis cette date ; accouchement près du terme, d'un enfant vivant, pesant 3530 gr.).

N° 784 (deuxième geste de 25 ans ; pneumothorax gauche depuis 4 ans, régulièrement entretenu ; culture négative ; accouchement naturel à terme, d'un enfant vivant, pesant 3800 gr.).

N° 1065 (primipare de 21 ans ; primo-infection à l'âge de 14 ans ; preventorium pendant 10 mois, puis cure de repos dans les Pyrénées ; rechute deux ans après ; hospitalisée pendant 3 mois, création d'un pneumothorax gauche ; P.A.S. - Streptomycine et sulfones.

Rimifon ; le pneumothorax est abandonné après un séjour de 2 ans en Sana ; bacilloscopie négative. Rechute un an après ; caverne sous-claviculaire droite ; création d'un pneumothorax droit entretenu pendant toute la durée de la grossesse ; culture négative. Accouchement

près du terme, perfusion d'hypophyse pour insuffisance primitive des contractions utérines : forceps pour arrêt de la progression de la présentation et modification des bruits du coeur de l'enfant. Naissance d'une fille vivante, pesant 3000 gr.).

N° 1134 (primipare de 23 ans porteuse d'un pneumothorax extra-pleural depuis 5 ans ; accouchement naturel aux environs du terme ; forceps pour fatigue maternelle ; enfant vivant, pesant 3400 gr.).

Sans pneumothorax : 59 observations

N° 3 (primipare de 20 ans ; tuberculose ancienne, actuellement stabilisée. Accouchement près du terme, forceps pour non progression de la présentation ; enfant vivant, pesant 3100 gr. Suites de couches normales).

N° 11 (troisième pare de 28 ans ; découverte 10 ans auparavant à l'occasion d'un examen de dépistage, d'une lésion située à la partie moyenne du champ pulmonaire droit ; création d'un pneumothorax droit entretenu pendant 4 ans ; les cultures ont toujours été négatives ; les lésions sont actuellement cicatrisées. Accouchement prématuré à 8 mois 1/2 d'un enfant vivant, criant aussitôt, pesant 3040 gr. Suites de couches normales).

N° 13 (seconde geste de 24 ans. Association syphilis - tuberculose actuellement sérologie négative ; aspect cicatriciel des lésions tuberculeuses ; pas de B.K. Accouchement à terme par le siège décomplété mode des fesses, d'un enfant vivant, pesant 2950 gr.).

N° 58 (seconde pare de 23 ans qui a subi il y a 3 ans une lobectomie droite B.K. ++. Actuellement examens radiologiques normaux cultures

négatives. Accouchement aux environs du terme, d'un enfant vivant, pesant 3520 gr. Suites de couches normales).

N° 102 (quatrième pare de 27 ans ; apparition d'un abcès froid thoracique au niveau de la deuxième côte lors de la précédente grossesse avec, à la radio, une condensation parahilaire et parasus hilaire gauche ; traitée par ponctions et P.A.S. Rimifon streptomycine. Séjour de 6 mois en Sana : amélioration générale, régression des images thoraciques. La recherche de B.K. a toujours été négative. Hospitalisée au cinquième mois de l'actuelle gestation pour menace d'avortement. Accouchement naturel à terme, d'un enfant vivant, pesant 3060 gr. Suites de couches normales).

N° 143 (seconde pare de 26 ans ; 9 ans auparavant, pleurésie gauche sero-fibrineuse : 4 ans après, découverte d'une caverne à la base gauche et création d'un pneumothorax gauche abandonné au bout de 9 mois, la caverne s'étant refermée ; traitée en même temps par le T.A.S. et la streptomycine. Cultures négatives. Accouchement aux environs du terme, d'une fille vivante, pesant 4.000 gr. Suites de couches normales).

N° 145 (troisième pare de 30 ans). Tuberculeuse dépistée 8 ans auparavant ; pneumothorax gauche entretenu pendant deux ans ; rechute, création d'un pneumothorax droit abandonné un an après, à la suite d'une perforation pleuro-pulmonaire droite. Traitée alors, au cours de sa première grossesse par la streptomycine ; B.K. ++. Amélioration passagère avec cultures négatives, puis, au cours de la seconde grossesse, découverte d'une caverne du lobe supérieur gauche ; B.K. ++ . Traitée pendant 2 mois par streptomycine et P.A.S. Actuellement, disparition

des images radiologiques ; cultures négatives ; accouchement, terme dépassé de 3 semaines, d'un enfant vivant, pesant 3820 gr. Suites de couches normales).

N° 209 (primipare de 20 ans. A fait une primo-infection deux ans auparavant avec erythème noueux. Gestation au terme de 7 mois $3/4$; hospitalisée pour un point de côté douloureux droit, température : $38^{\circ}4$, matité franche à la percussion, abolition du murmure vésiculaire, mais pas de souffle pleural ; la ponction exploratrice ramène un liquide citrin peu abondant ; accouchement prématuré d'un enfant vivant, criant aussitôt, pesant 2820 gr. Cuti négative. Malade transférée dans un service de médecine).

N° 253 (troisième pare de 24 ans ; au 3ème mois de la gestation, image thoracique suspecte ; bacilloscopie négative ; traitée pendant un mois par la streptomycine. Accouchement naturel à terme, d'un garçon vivant, pesant 3480 gr. Suites de couches normales).

N° 345 (~~sixième~~ sixième pare de 40 ans. Tuberculose pulmonaire 20 ans auparavant ; pneumothorax entretenu pendant 4 ans. Accouchement près du terme, d'un enfant vivant, pesant 3410 gr. Révision utérine pour délivrance incomplète).

N° 358 (seconde pare de 34 ans ; hospitalisée il y a 8 ans pour pleurésie avec infiltrat ; B.K. ++. Traitée actuellement par P.A.S. et Rimifon. Accouchement à terme, d'une fille vivante, pesant 3300 gr. Suites de couches normales).

N° 415 (seconde pare de 34 ans ; infiltrat au sommet du poumon droit il y a 4 ans ; traitée pendant 2 ans par P.A.S. Rimifon et streptomycine. Accouchement naturel près du terme, d'un enfant vivant, pesant 3750 gr. Suites de couches normales).

N° 429 (troisième pare de 29 ans ; un examen de dépistage pratiqué 4 ans auparavant décèle une infiltration sous-claviculaire gauche ; B.K. ++ ; accouchement naturel à terme. Les tomographies montrent que l'opacité s'est encavée ; segmentectomie suivie de cure libre avec antibiotique Rechute B.K. ++, nouvelle grossesse. Accouchement à terme, d'un enfant vivant, pesant 3410 gr. Cultures négatives ; suites de couches normales).

N° 459 (seconde pare de 26 ans ; tuberculose pulmonaire depuis 4 ans, traitée par streptomycine, P.A.S., rimifon ; B.K. ++. Accouchement aux environs du terme ; perfusion d'hypophyse pour insuffisance des contractions utérines ; forceps pour fatigue maternelle ; extraction d'un enfant vivant, criant aussitôt, pesant 3830 gr. Suites de couches normales).

N° 487 + 488 (troisième geste de 34 ans ; ayant subi une thoracoplastie 6 ans auparavant ; actuellement stabilisée. Grossesse gémellaire bichoriale, biamniotique. Accouchement prématuré à 8 mois :

- 1° par le sommet, d'un garçon vivant, pesant 2630 gr.,
- 2° par le siège, d'une fille vivante, criant aussitôt, pesant 2000 gr.

Suites de couches normales.

N° 578 (seconde pare de 27 ans ; gestation de 7 mois 1/2 ; hospitalisée pour un syndrome pyélitique. Température : 38°2. Culot urinaire : albuminurie ++, nombreux bacilles type coli. Une radio pulmonaire systématique permet de découvrir une image micro-nodulaire envahissant littéralement les deux champs pulmonaires et de poser le diagnostic de granulie. Culture négative. Vitesse de sédimentation : 1 heure 118 - 2 heures 138 - 24 heures 142. Inoculation au cobaye, recherche de B.K.

dans les urines. La malade est transférée dans un service de médecine. Revient à terme, en voie de guérison ; accouchement naturel d'un enfant vivant, pesant 3200 gr. Dirigée à nouveau sur le service des tuberculeux).

N° 592 (quatrième pare de 40 ans ; à l'âge de 20 ans ; caverne au sommet du poumon droit ; pneumothorax droit entretenu pendant 4 ans, puis abandonné au 4ème mois de l'actuelle gestation : point de côté brutal, fièvre ; la radio met en évidence une opacité de la base gauche à limite supérieure convexe ; la ponction exploratrice ramène du liquide pleural. Cultures négatives ; la malade est hospitalisée et traitée par P.A.S. et I.M.H. Evolution favorable des lésions, vérifiée par des tomographies successives. B.K. = 0. Accouchement près du terme d'un enfant vivant, pesant 3550 gr. Suites de couches normales).

N° 593 (huitième pare de 30 ans ; cinq enfants vivants dont deux ont une bacilloxopie positive. Tuberculose pulmonaire droite découverte un an auparavant ; hospitalisée pendant 4 mois et traitée par P.A.S. et izoniasime, gestation normale ; accouchement à terme d'un enfant vivant, criant aussitôt, pesant 4080 gr. Suites de couches normales).

N° 594 (seconde pare de 23 ans ; à 21 ans, trois semaines après son premier accouchement, granulie et méningite tuberculeuse ; hospitalisée pendant 7 mois et traitée par P.A.S., rimifon et streptomycine. Actuellement nien portante. Accouchement naturel près du terme, d'un garçon vivant, pesant 3920 gr. Suites de couches normales).

N° 595 (troisième pare de 28 ans ; découverte il y a 10 ans d'un infiltrat excavé de la base droite ; B.K. ++. Une première tentative de création d'un pneumothorax échoue ; phrénicectomie, Sana pendant 2 ans,

puis création d'un pneumothorax extrapleurale droit. Nouveau séjour en Sana. Insuffisance hormonale au cours de la gestation actuelle, bien compensée par le traitement ; hémorragie au 8ème mois, nécessitant avant tout début de travail et après transfusion, une césarienne immédiate. Placenta recouvrant enfant ranimé ; hémoptysie dans les suites de couches ; rimifon, streptomycine).

N° 598 + 599 (quatrième pare de 29 ans ; association d'une tuberculose ancienne traitée par pneumothorax, et d'un diabète connu depuis l'âge de 18 ans. Les 2 premiers enfants sont vivants, le 3ème est mort in utero. Les dosages hormonaux pratiqués au cours de cette grossesse révèlent une insuffisance hormonale paradoxale puisqu'il s'agit d'une grossesse gémellaire. Insuffisance hormonale mal compensée par le traitement institué. Césarienne au début du travail, déclenché spontanément au 8ème mois. Extraction par le siège de deux enfants vivants, **pesant** respectivement 2250 gr. et 3020 gr. Section et ligature des trompes. L'un des jumeaux, de sexe masculin, présente une malformation des 2 pouces et une ectopie testiculaire avec persistance probable du canal péritonéovaginal. La mère est transférée au service des diabétiques).

N° 616 (seconde pare de 25 ans. Pneumothorax créé à l'âge de 19 ans, entretenu pendant 5 ans ; accouchement naturel près du terme, d'un enfant vivant, criant aussitôt, pesant 3520 gr. Suites de couches normales).

N° 673 (seconde pare de 21 ans ; au 7ème mois de la grossesse, épisode grippal au cours duquel on découvre une image radiologique de gravité non caractéristique, mais suspect de miliaire. Cuti-réaction

négative mais intra-dermo positive ; vitesse de sédimentation accélérée B.K. + ; traitée dans un service spécialisé, par P.A.S., streptomycine, I.N.H. Actuellement, l'image radiologique de gravité pratiquement disparue ; culture négative. La malade n'est plus traitée que par le rimifon ; accouchement naturel près du terme, d'un enfant vivant, pesant 3300 gr. La femme est renvoyée dans le service des tuberculeux).

N° 686 (primipare de 25 ans. Gestation normale ; accouchement à terme : perfusion d'hypophyse pour insuffisance primitive des contractions utérines, forceps pour lenteur d'expulsion ; naissance d'un enfant vivant, criant aussitôt, pesant 3470 gr. Délivrance artificielle. Dans les suites de couches ; accès dyspnéique avec toux, cyanose, température : 39°7. La radio pulmonaire montre une image micro-nodulaire disséminée dans les deux champs pulmonaires ; malade passée dans un service de phtisiologie).

N° 708 (10ème pare de 35 ans, tunisienne à Paris depuis 2 mois. Depuis 4 ans, expectoration abondante, souvent sanguinolente, parfois sanglante ; la voix est cassée depuis 4 mois. Examen des crachats : B.K.+. Non traitée. Accouchement normal, près du terme, d'un enfant vivant, pesant 4000 gr.)

N° 714 (quatrième pare de 34 ans, ayant un bassin généralement rétréci : pleurésie à l'âge de 24 ans ; 2 ans plus tard, découverte de B.K. dans l'expectoration ; tentative infructueuse de création d'un pneumothorax gauche ; traitée par streptomycine et rimifon. Séjour en Sana. Rechute 5 ans après ; actuellement, le traitement est encore poursuivi. Culture négative. Accouchement normal à terme, d'un enfant vivant, criant aussitôt, pesant 2820 gr. Suites de couches normales).

N° 717 (cinquième pare de 34 ans. Tuberculose pulmonaire découverte 2 ans auparavant. La femme est régulièrement suivie et traitée jusqu'à ce jour. Culture négative ; gestation normale ; accouchement près du terme, d'un enfant vivant, pesant 3300 gr. Suites de couches normales).

N° 724 (troisième pare de 32 ans ; primo-infection à 29 ans ; séjour en preventorium : amélioration radiologique, bacilloscopie négative. Deux ans après, hospitalisée pendant 2 mois pour culture positive : streptomycine et rimifon. Suivie régulièrement ; rechute au bout de 7 mois ; B.K.+, nodule excavé à droite. Traitée jusqu'à ce jour par le rimifon. Actuellement culture négative. Accouchement près du terme, d'un enfant pesant 3800 gr. Réanimé. Suites de couches normales).

N° 725 (quatrième pare de 28 ans ; épisode pulmonaire suraigu après la 3ème grossesse, mais sans fièvre ni expectoration. Lésion pulmonaire de la base droite. B.K.+ pendant un mois seulement ; traitée par la streptomycine et régulièrement suivie depuis en particulier, lors de sa 4ème grossesse. Accouchement naturel à terme, d'un enfant vivant, pesant 2800 gr. Suites de couches normales).

N° 731 (cinquième pare de 31 ans ; tuberculose pulmonaire 2 ans auparavant, traitée par streptomycine, P.A.S. rimifon ; pneumopéritoine entretenu pendant 3 mois, sous antibiotiques. Amélioration radiologique mais bacilloscopie toujours positive. On continue les antibiotiques : B.K.- Régulièrement suivie au cours de sa grossesse ; examens radiologiques tous les mois ; cultures négatives. Accouchement naturel à terme, d'un enfant vivant, pesant 3850 gr. Suites de couches normales).

N° 733 (seconde pare de 30 ans ; premier enfant décédé à 4 mois d'une méningite tuberculeuse. La tuberculose de la mère date d'il y a 8 ans,

The first of the year was a very dry one, and the crops were much injured. The weather was very hot, and the ground was very dry. The crops were much injured, and the yield was very small. The weather was very hot, and the ground was very dry. The crops were much injured, and the yield was very small.

The second of the year was a very wet one, and the crops were much injured. The weather was very cold, and the ground was very wet. The crops were much injured, and the yield was very small. The weather was very cold, and the ground was very wet. The crops were much injured, and the yield was very small.

The third of the year was a very dry one, and the crops were much injured. The weather was very hot, and the ground was very dry. The crops were much injured, and the yield was very small. The weather was very hot, and the ground was very dry. The crops were much injured, and the yield was very small.

The fourth of the year was a very wet one, and the crops were much injured. The weather was very cold, and the ground was very wet. The crops were much injured, and the yield was very small. The weather was very cold, and the ground was very wet. The crops were much injured, and the yield was very small.

The fifth of the year was a very dry one, and the crops were much injured. The weather was very hot, and the ground was very dry. The crops were much injured, and the yield was very small. The weather was very hot, and the ground was very dry. The crops were much injured, and the yield was very small.

après son premier accouchement : caverne au sommet du poumon droit B.K.+ . Pneumothorax droit entretenu pendant 5 ans. Stabilisation des lésions pulmonaires ; culture négative. Gestation normale ; accouchement naturel près du terme, d'un enfant vivant, pesant 2990 gr.). N° 745 (cinquième pare de 27 ans ; primo infection à l'âge de 22 ans, suivie deux ans après d'un épisode pulmonaire aigu au cours duquel, on découvre un infiltrat dans le champ pulmonaire droit. Culture négative. P.A.S. et streptomycine. Actuellement, lésions cicatrisées. Accouchement naturel à terme, d'un garçon vivant, pesant 3150 gr. Suites de couches normales).

N° 776 (septième pare de 37 ans ; tuberculose ancienne, actuellement stabilisée ; aspect radiologique cicatriciel des lésions, examens de laboratoire négatifs ; accouchement à terme, après perfusion d'hypophyse pour dilatation stationnaire, d'un enfant vivant, pesant 3770 gr. Suites de couches normales).

N° 781 (seconde pare de 28 ans ; association syphilis - tuberculose. Sérologie actuellement positive. Tuberculose découverte au cours de la seconde gestation : la radio révèle la présence de 2 nodules au sommet du poumon gauche. Traitée par la streptomycine et le rimifon. Cultures négatives. Accouchement normal à terme, d'un enfant vivant, pesant 2760 gr. Suites de couches normales).

N° 802 (primipare de 22 ans ; un examen radiologique systématique pratiqué au début de la grossesse montre l'existence d'infiltrats sous claviculaires bilatéraux ; bacilloscopie négative. Repos à domicile, P.A.S. et rimifon pendant 4 mois. La grossesse évolue normalement ; accouchement naturel aux environs du terme, d'un enfant vivant, criant aussitôt, pesant 3070 gr. Révision utérine pour délivrance incomplète).

N° 835 (troisième pare de 30 ans. Création d'un pneumothorax droit à l'âge de 16 ans pour une caverne du sommet droit. B.K.+ . Abandon du pneumothorax 4 ans après ; culture négative. Régulièrement suivie depuis. Accouchement aux environs du terme par la face (MIGA - MP), d'un enfant vivant, criant aussitôt, pesant 3050 gr.).

N° 841 (cinquième pare de 27 ans, hospitalisée au début de sa grossesse pour une pyélonéphrite ; une radio pulmonaire pratiquée à cette époque, montre un petit foyer ulcéro-nodulaire, sus et sous claviculaire droit. Tubages et examens de crachats négatifs. Traitée par streptomycine et rimifon. Amélioration locale mais persistance de micro-nodules très discrets, sus et sousclaviculaires droits. Accouchement normal à terme, d'un enfant vivant, pesant 4060 gr. Suites de couches normales).

N° 863 (seconde pare de 27 ans, porteuse d'une tuberculose pulmonaire non évolutive. Non bacillaire ; gestation et accouchement normaux).

910 (cinquième pare de 38 ans ; tuberculose pulmonaire à l'âge de 19 ans ; création d'un pneumothorax gauche entretenu pendant 10 mois. Actuellement stabilisée, grossesse et accouchement normaux).

N° 923 (troisième pare de 30 ans ; syphilis découverte à l'âge de 13 ans et traitée par le cyanure de mercure ; B.W. négatif au début de l'actuelle grossesse, mais Nelson douteux. Tuberculose pulmonaire depuis 2 ans ; pneumothorax entretenu jusqu'au 2ème mois de la gestation. Accouchement normal, près du terme, d'un enfant vivant, pesant 3400 gr. Suites de couches normales).

N° 930 (troisième pare de 40 ans ; infiltrat pulmonaire à l'âge de 16 ans ; actuellement en Sana ; gestation normale. Accouchement naturel, à terme, d'un enfant vivant, criant aussitôt, pesant 3300 gr. Suites de couches normales).

N° 946 (primipare de 31 ans ; tuberculose miliaire et méningite tuberculeuse 6 ans auparavant. L'état général reste longtemps mauvais, le liquide céphalo-rachidien longtemps anormal, puis l'on assiste, sous l'influence du traitement, à un nettoyage radiologique rapide et constant ; des ponctions échelonnées confirment la guérison méningée, l'état général s'améliore mais les cultures restent positives et ne négativeront qu'après un séjour en Sana. Régulièrement suivie depuis ; grossesse normale ; accouchement naturel à terme, d'un enfant vivant, pesant 3260 gr. Suites de couches normales).

N° 957 (quatrième pare de 30 ans ; au cours de sa 3ème grossesse et à la suite d'une coqueluche qui traîne avec toux, sueurs, amaigrissement, on découvre une lésion pulmonaire gauche ; création d'un pneumopéritoine entretenu pendant un an B.K.+. Hospitalisée durant 6 mois et traitée par rimifon, streptomycine et P.A.S. ; continue le traitement une fois rentrée chez elle. Rechute au 2ème mois de l'actuelle grossesse ; nouvelle hospitalisation : streptomycine, P.A.S., rimifon. Actuellement, culture négative ; accouchement naturel près du terme, par le siège décomplété mode des fesses, d'un enfant vivant, pesant 2670 gr. Suites de couches normales).

N° 1019 (troisième pare de 33 ans ; tuberculose pulmonaire à l'âge de 26 ans. Apparemment guérie ; rechute 4 ans après : pneumothorax extra-pleural entretenu pendant un an. Non bacillaire. Accouchement normal à terme, d'un enfant vivant, pesant 3520 gr., atteint d'un ictère important ; exsanguino-transfusion immédiate (Mère A.Rh-) Présence d'agglutinines irrégulières. Test de Coombs positif).

N° 1055 (troisième pare de 21 ans ; pleurésie droite avec infiltrat pulmonaire non excavé trois ans auparavant. B.K. négatif. Séjour de

9 mois en preventorium. Streptomycine, P.A.S., rimifon. 3ème gestation normale. Accouchement naturel, aux environs du terme, d'un enfant vivant, pesant 3150 gr.).

N° 1059 (quatrième pare de 25 ans ; traitée par P.A.S. et rimifon au 6ème mois de sa seconde grossesse pour pleurésie avec présence d'une "tache" au sommet du poumon gauche. Suivie régulièrement, culture négative ; accouchement près du terme, d'un enfant pesant 3500 gr.).

N° 1092 (primipare de 19 ans ; primo-infection à l'âge de 14 ans ; 2 ans de preventorium ; un an après, découverte radiologique de cavernes sous-claviculaires, droite et gauche. B.K.++. Tentative infructueuse de pneumothorax à droite. Séjour en Sana, nettoyage radiologique sous l'influence du traitement, mais doit être hospitalisée un mois pendant sa grossesse pour réapparition de la caverne droite. Accouchement normal près du terme, d'un enfant vivant, pesant 3220 gr. Suites de couches normales).

N° 1100 (seconde pare de 26 ans, ancienne tuberculeuse guérie ; aucun aspect radiologique suspect d'évolutivité. Gestation normale. Accouchement naturel à terme, d'un enfant vivant, pesant 3180 gr.).

N° 1140 (primipare de 21 ans ; à l'âge de 8 ans infiltrat sous-claviculaire gauche ; isolement, séjour à la campagne pendant 3 mois ; à 17 ans, découverte d'une lésion gauche excavée : pneumothorax gauche entretenu pendant 4 ans, abandonné au 7ème mois de la grossesse après un incident de ré-insufflation : perte de connaissance et phénomènes parétiques du membre supérieur. Bacilloscopie négative. Accouchement naturel près du terme, d'un enfant vivant, pesant 3630 gr. Suites de couches normales).

N° 1196 (primipare de 33 ans ; infiltrat pulmonaire gauche à l'âge de 25 ans ; pneumothorax pendant 4 ans. Actuellement lésion stabilisée ; gestation normale ; accouchement prématuré d'un enfant vivant, criant aussitôt, pesant 2360 gr.).

N° 1219 (primipare de 40 ans ; pneumothorax droit créé 7 ans auparavant, abandonné depuis un an. Régulièrement suivie depuis ; grossesse douloureuse, hémorragique. Au terme de 7 mois 1/2, hémorragie abondante ; accouchement prématuré d'un enfant vivant, criant aussitôt, pesant 2360 gr. Placenta partiellement recouvrant ; révision utérine pour délivrance incomplète).

N° 1254 (troisième pare de 25 ans ; lésion pulmonaire droite discrète, il y a 4 ans, pour laquelle la malade est hospitalisée pendant 3 mois : P.A.S. IV et buccal. 2 ans plus tard, lobite supérieure droite excavée + quelques nodules rétro-claviculaires gauches B.K.+. Séjour en Sana. Streptomycine + P.A.S. + rimifon. Culture négative ; aucune tendance évolutive ; accouchement naturel à terme, d'un enfant vivant, pesant 3180 gr. Suites de couches normales).

N° 1286 (septième pare de 30 ans ; tuberculose découverte à la suite d'un épisode grippal un an auparavant, actuellement stabilisée, gestation normale ; accouchement normal, près du terme, d'un enfant vivant, pesant 3080 gr.).

N° 1291 (.... pare ? de 39 ans, algérienne. Tuberculose pulmonaire depuis 7 ans, pour laquelle la femme a été hospitalisée pendant un mois au cours de cette dernière grossesse. Actuellement refuse tout soin ; B.K.++. Mort du fœtus in utero en fin de gestation. Accouchement près du terme, d'un enfant mort-né, macéré, pesant 3840gr. Suites de couches normales).

N° 1292 (primipare de 32 ans ; primo infection à l'âge de 26 ans ; séjour de 4 mois en preventorium ; rechute 4 ans après ; B.K.+ . Segmentectomie gauche. Suivie régulièrement depuis ; état satisfaisant, culture négative ; accouchement normal, à terme, après application de forceps pour souffrance foetale, d'un enfant vivant, criant aussitôt, pesant 3550 gr.).

N° 1316 (primipare de 36 ans ; tuberculose pulmonaire révélée il y a 7 ans par une hémoptysie ; B.K.+ . Création d'un pneumothorax droit entretenu pendant 3 ans. Au cours de la grossesse actuelle, la femme n'a été suivie ni sur le plan obstétrical ni sur le plan pulmonaire. Accouchement prématuré à 8 mois, d'un enfant vivant, criant aussitôt, pesant 1890 gr. Différents examens (tubages, clichés, tomographies) pratiqués dans les suites de couches, s'avèrent normaux).

N° 1337 (seconde pare de 25 ans ; lésions pulmonaires bilatérales à prédominance gauche, à l'âge de 18 ans ; B.K.+ . Pneumothorax gauche abandonné au bout de 4 ans. Séjour en Sana, P.A.S. et streptomycine en raison de la persistance des B.K. Stabilisation des lésions ; culture négative ; arrêt de la médication, gestation et accouchement normaux).

N° 1347 (troisième pare de 30 ans ; tuberculose pulmonaire découverte lors de la première grossesse ; création d'un pneumothorax droit entretenu pendant 3 ans. Culture négative ; aspect cacatriciel des lésions ; gestation actuelle normale ; accouchement naturel, près du terme, d'un enfant vivant, criant aussitôt, pesant 3550 gr. Suites de couches normales).

Conclusion

Nous avons observé 66 cas de tuberculose sur 1403 accouchements, soit environ une tuberculose sur 21 accouchées :

a - Sur 66 tuberculeuses, 7 sont porteuses de pneumothorax, chez lesquelles nous avons noté,

- 2 applications de forceps,
- 5 accouchements normaux d'enfants normaux.

b - Les 59 autres tuberculeuses n'ont pas de pneumothorax lors de l'accouchement et parmi elles, nous avons constaté,

- 7 accouchements prématurés,
- 4 applications de forceps,
- 2 césariennes,
- 46 accouchements naturels de 41 enfants normaux, un enfant mort-né, deux autres réanimés, un quatrième né de mère A.Rh. (test de Coombs positif), exsanguiné à sa naissance ; enfin, un cinquième enfant présentant une malformation des 2 pouces avec une ectopie testiculaire et persistance probable du canal péritonéo-vaginal.

Aucun enfant né de mère tuberculeuse récente ou ancienne, n'a paru porteur de lésion tuberculeuse.

Au cours de l'accouchement et dans les suites de couches immédiates, nous n'avons relevé qu'un seul cas de tuberculose évolutive (595).

5°- CARDIOPATHIES ET GROSSESSES

6 observations.

N° 527 (quatrième pare de 24 ans ; crises douloureuses articulaires vers l'âge de 10 ans ; palpitations, essoufflement, léger oedème

malléolaire au début des grossesses ; découverte au cours de la seconde grossesse, d'un souffle systolique de pointe, pas de signe de rétrécissement mitral. Dernière gestation normale à part quelques syncopes pour lesquelles la femme a été traitée dans un service de cardiologie. Accouchement normal près du terme, d'un enfant vivant, pesant 3450 gr. Suites de couches normales).

N° 687 (deuxième pare de 26 ans ; rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 11 ans avec localisation cardiaque : rétrécissement mitral mal compensé ; digitaline ; accidents oedémateux lors du premier accouchement à terme (application de forceps systématique en raison des antécédents), d'un garçon vivant, pesant 3480 gr.).

N° 780 (troisième pare de 43 ans ; rétrécissement mitral pur, révélé au cours de la précédente grossesse, confirmé par l'électrocardiogramme, la malade étant venue consulter pour une dyspnée d'effort et des oedèmes des membres inférieurs. Actuellement bien compensé ; accouchement et suites de couches normaux).

N° 840 (sixième pare de 32 ans ; rhumatisme articulaire aigu ayant débuté à l'âge de 9 ans ; avec complication cardiaque à 22 ans. Accouchement naturel à 8 mois 1/2, d'un enfant vivant, criant aussitôt et pesant 3550 gr.).

N° 850 (sixième pare de 31 ans ; cardiopathie mitrale d'origine rhumatismale : 1ère crise de rhumatisme articulaire aigu à 14 ans, avec atteinte articulaire des 2 pieds ; immobilisation 1 an ; 2ème crise à 18 ans, atteinte du genou gauche ; 3ème crise à 21 ans, atteinte des chevilles ; 4ème et 5ème crises avec atteinte des genoux, des poignets et des pieds. La malade est hospitalisée à cette époque et

l'on découvre un souffle cardiaque, retrouvé au cours de sa seconde grossesse. Par ailleurs, coxalgie plâtrée pendant 14 mois. Accouchement normal, près du terme, d'un enfant vivant, pesant 3270 gr.). N° 1120 (quatrième pare de 25 ans ; à l'âge de 13 ans, lère crise d'œdème aigu du poumon ; à 17 ans, à la suite d'une hémoptysie, on constate l'existence d'un rétrécissement mitral, en même temps qu'apparaissent dyspnée, cyanose et que se répètent les crises d'œdème aigu du poumon, en particulier au cours de la première grossesse ; digitaline. Le second accouchement a lieu sans incident. A l'âge de 23 ans, la malade subit une commissurotomie à la suite de laquelle elle ne prend plus de digitaline et peut mener une vie tout à fait normale. Aucune manifestation cardiaque au cours de la 3ème grossesse. Gestation actuelle normale ; examen cardiovasculaire ; rythme normal à 76, sans extrasystole, pas de frémissement à la palpation ; à l'auscultation, léger souffle systolique de pointe ; dédoublement de B_I ; pas de roulement TA.11/7. Accouchement normal, aux environs du terme, d'un enfant vivant, pesant 3250 gr.) ;

Sur 6 observations, nous avons noté :

- 5 fois des lésions de l'orifice mitral.

Du point de vue obstétrical, nous avons enregistré :

- un accouchement prématuré à 8 mois, et pratiqué seulement une application de forceps.

La mortalité infantile et maternelle est nulle.

6°- PYELONEPHRITE ET GROSSESSE

13 observations.

N° 20 (légère rétention pyélique au 6ème mois).

N° 209 (primipare de 20 ans ; hospitalisée aux environs du 8ème mois pour une pleurésie séro-fibrineuse avec pyélite à colibacilles. Accouchement prématuré d'un enfant vivant, pesant 2820 gr.).

N° 215 (pyélite au 6ème mois de la gestation).

N° 294 (pyélite au 7ème mois de la gestation).

N° 304 (cinquième pare de 28 ans, hospitalisée au 7ème mois de sa grossesse pour pyélite à colibacilles ; accouchement aux environs du terme, après perfusion d'hypophyse pour souffrance foetale, d'un enfant vivant, pesant 3390 gr. Au cours du travail : douleurs lombaires vives à prédominance droite ; mictions fréquentes ; culot urinaire : albumine ++ nombreux leucocytes, nombreux cylindres granuleux ; très nombreux bacilles, type coli).

N° 360 (hospitalisée au terme de 4 mois 1/2 pour pyélite).

N° 578 (pyélite + granulie au terme de 7 mois 1/2).

N° 579 (pyélite en fin de gestation).

N° 964 (deuxième pare de 26 ans ; au terme de 7 mois, grand frisson, température à 40°, douleurs abdominales et lombaires, à irradiations descendantes vers la vessie ; urines sanglantes. A l'examen le faciès est cireux, les fosses lombaires et les hypocondres sont souples mais très douloureux, surtout à droite. La malade a déjà été hospitalisée 2 fois au cours de sa grossesse pour un syndrome identique. Traitée par novocaïne IV, puis atropine, Khelline, toutes les 6 heures et streptomycine, chloromycétine. L'examen cyto-bactériologique des urines montre de nombreuses cellules vésicales et épithéliales rénales, des cylindres granuleux et épithéliaux, de nombreux cocci gram + et gram -. Accouchement prématuré à 7 mois, d'un enfant vivant, pesant 1930 gr.).

N° 1033 (pyélite au 6ème mois).

N° 1075 (cinquième pare de 39 ans, hospitalisée 2 ans auparavant, pour calculs urétéraux, dans un service d'urologie ; excrète de 3 gros calculs. Suites fébriles avec abcès pelvien. Non revue depuis. Au 8ème mois de la gestation actuelle, douleurs lombaires vives, température 38°4, pouls à 124 - TA.12/6 culot urinaire ; albumurie + hématurie, nombreux leucocytes, pas de germes, urée sanguine : 2,50 gr.

Césarienne d'urgence ; enfant ranimé, envoyé en centre des prématurés et décédé 48 heures après la naissance. La femme est transférée dans un service d'urologie).

N° 1125 (pyélite à colibacilles au 6ème mois).

N° 1140 (hospitalisée à 4 mois 1/2 pour pyélite).

7°- DIABETE ET GROSSESSE

8 observations.

N° 506 (primipare de 28 ans. Diabète découvert à l'âge de 13 ans, à l'occasion d'un panaris ; fatigue, amaigrissement polydipsie ; sucre et acétone dans les urines. Sous l'influence de l'insuline et du régime, l'enfant s'améliore et se développe, mais le diabète reste instable avec des phases d'hypo et d'hyper-glycémie. A 15 ans, l'insuline ayant été supprimée depuis 6 mois ; coma hyperglycémique ; rééquilibrée avec 40 unités d'insuline ordinaire, mais les malaises hypoglycémiques sont constants. A l'âge de 18 ans, conjonctivite bilatérale avec anthrax. Opérée 6 ans après d'une cataracte droite, puis gauche. Iritis dans les mois qui suivent nécessitant une iridocapsulotomie.

La malade est hospitalisée depuis le 6ème mois de sa grossesse et équilibrée avec 20 unités d'insuline ordinaire et un régime comportant 150 gr. d'hydrates de carbone. Glycémie ~~≠~~ 1,50 gr. Glycosurie mais pas d'acétonurie. En dépit du traitement, accouchement prématuré à 8 mois 1/2 d'un enfant mort et macéré, pesant 2200 gr.; dislocation des os du crâne, infiltration de la cornée et du cordon ; pas de malformation apparente. Hydramnios. Placenta petit 330 gr., ne présentant pas d'infarctissement. Suites de couches normales).

N° 598 + 599 (quatrième pare de 29 ans ; 2 enfants bien portants, le 3ème mort-né ; Macéré ; tuberculose + diabète traité depuis l'âge de 18 ans. Actuellement, grossesse gémellaire avec insuffisance hormonale. Césarienne au 8ème mois ; extraction par le siège de 2 enfants vivants, pesant respectivement 2250 gr et 3020 gr. Section et ligature des trompes. Glycémie des enfants: 1,60 et 1,65 gr. L'un d'eux, de sexe masculin, présente une malformation des 2 pouces avec ectopie testiculaire et persistance probable du canal péritonéo-vaginal à droite. La mère est transférée dans le service des diabétiques).

N° 674 (dixième pare de 36 ans ; cécité depuis l'âge de 6 ans; diabète traité depuis 1 an ; les 3 dernières grossesses se sont terminées par : un accouchement d'un enfant pesant 4300 gr., décédé 3 jours après la naissance ; un accouchement d'un enfant mort-né macéré, pesant 4500 gr. ; enfin, par un avortement spontané à 4 mois ; expulsion d'un fœtus macéré. La femme est hospitalisée au 8ème mois de la gestation actuelle pour acidocétose

débutante et équilibrée avec 46 unités d'insuline-protamine-zinc et 20 unités d'insuline ordinaire. Accouchement naturel, terme dépassé de 19 jours avec dystocie des épaules, d'un enfant en état de mort apparente, ne pouvant être ranimé, pesant 4530 gr.) L'enfant a de nombreuses pétéchies sur les avant-bras et la face, un foie énorme, une grosse rate. La femme est renvoyée dans le service des diabétiques. Glycémie = 1 gr. R.A. = 55 volumes. (Les réactions de Legal et Gerhardt sont négatives).

N° 720 (primipare de 30 ans, diabète découvert 4 ans auparavant à la suite d'un amaigrissement de 15 kgs avec anémie. Le traitement 20 unités d'insuline ordinaire, est suivi régulièrement. Gestation normale ; accouchement près du terme, après une application de forceps pour non-progression de la présentation, d'un enfant vivant, pesant 4900 gr. Suites de couches normales).

N° 777 (primipare de 22 ans ; diabète traité depuis 1 an ; coma aux environs du terme ; mouvements actifs non perçus depuis 8 jours ; accouchement à terme, avec dystocie des épaules, d'un enfant mort in utero, pesant 4100 gr. Suites de couches immédiates normales).

N° 810 (primipare de 32 ans, diabétique depuis l'âge de 10 ans ; bien équilibrée par l'insuline ; césarienne à terme ; naissance d'un enfant vivant, oriant aussitôt, pesant 3520 gr. Suites de couches normales).

N° 905 (seconde pare de 29 ans ; un enfant vivant. Diabète grave, découvert au 6ème mois de la gestation actuelle, à l'occasion d'un coma par hyperglycémie ; mort de l'enfant in utero au

cours du coma ; la femme, traitée dans un service spécialisé est équilibrée avec 50 unités d'insuline ordinaire par 24 heures. Une première tentative de déclenchement du travail échoue ; le travail ne se déclenchant qu'à la seconde tentative et après préparation par les oestrogènes. Accouchement naturel par le siège décomplété d'un enfant mort-né macéré, pesant 1350 gr. Desquamation généralisée, chevauchement important des os du crâne ; il n'existe pas de malformation visible. Suites de couches normales).

N° 1378 (quatrième pare de 37 ans ; diabète + maladie de Friedreich. Diabète découvert 1 an auparavant pour lequel la femme est hospitalisée plusieurs fois au cours de cette dernière grossesse : au second mois, glycémie 1,22 gr./litre, glycosurie : 25 gr./litre, acétone = 0, R.A. = 48 volumes. La femme est alors équilibrée avec 20 unités d'insuline-protamine-zinc. Ré-hospitalisée au 7ème mois de sa grossesse : glycémie 1,30 gr., glycosurie 25 gr., acétonurie + - R.A. = 45 vol. Traitement: 30 unités par jour d'insuline-retard. Enfin, la femme est hospitalisée une troisième fois au début du 9ème mois pour surveillance de l'accouchement ; mais depuis 15 jours, elle ne perçoit plus de mouvements actifs du fœtus ; une radio du contenu utérin montre un chevauchement des os du crâne. Glycémie 1,30 gr., Glycosurie 28 gr., acétonurie $\pm$. La femme est équilibrée avec 45 unités d'insuline-retard. Accouchement normal près du terme d'un enfant mort-né, macéré, pesant 3400 gr., cordon chocolaté ; chez la mère, état de choc léger ; délivrance artificielle. Suites de couches normales).

En résumé :

Nous avons relevé 8 observations de diabète associé à la grossesse (dont une grossesse gémellaire).

- La moyenne d'âge de nos diabétiques enceintes est de 30 ans.
- 4 fois il s'agissait de primipares.
- 4 fois de multipares.
- Le diabète avait été découvert depuis un an ou moins d'un an dans 4 cas, 4 ans dans un cas, 10 ans et plus dans 3 cas, dont un de plus de 20 ans.

Il est remarquable de constater que, contrairement à l'opinion classique qui veut que le pronostic soit d'autant plus grave que le diabète est plus ancien, nous avons enregistré dans notre série, 5 cas de morts foetales ou infantiles où, dans 4 cas sur 5, le diabète n'a été découvert que depuis un an ou moins d'un an. Le parallélisme entre le degré de gravité et l'ancienneté du diabète n'a donc rien d'absolu.

- Il s'agit,

dans 3 cas, d'un diabète simple ;

dans 5 cas, d'un diabète grave acidotique ;

dans 4 cas, un déséquilibre du diabète souvent apparu au cours du 3ème trimestre de la grossesse, s'accompagnant d'acidose et, dans 2 cas, d'un coma acidotique.

- Dans les antécédents obstétricaux de ces 8 femmes (4 sont des primipares), nous notons :

1 avortement spontané à 4 mois.

3 enfants morts-nés ou morts après la naissance.

12 enfants vivants (dont 8 chez la même femme).

- Dans 2 observations on a pratiqué des dosages hormonaux :
 - 1 cas d'insuffisance folliculinique modérée, non traitée, à l'occasion d'un diabète acidotique - enfant mort au cours du travail d'une dystocie des épaules.
 - 1 cas d'insuffisance globale mais surtout phénolique, paradoxale puisqu'il s'agissait d'une gémellité ; insuffisance apparemment non modifiée par la thérapeutique substitutive. (20 à 50 mg de distilbène pro die).
- Au cours d'un diabète simple, 2 enfants vivants extraits par césarienne à la 36ème semaine.

Dans aucun cas nous n'avons noté l'apparition d'une toxémie.

Le mode de terminaison de la grossesse a été le suivant :

1°) Dans 2 cas par césarienne

- à 8 mois avec 2 enfants vivants (gémellaire). Diabète simple.
- à terme avec enfant vivant. Diabète simple.

2°) Dans 6 cas par les voies naturelles

- dans un seul cas avec enfant vivant (accouchement par forceps à terme). Diabète simple,
 - dans 5 cas avec enfants morts, dont 4 morts in utero :
 - 1 à 6 mois (à l'occasion d'un coma acidotique) ;
 - 1 à 7 mois 1/2 (diabète acidotique) ;
 - 1 vers 8 mois (diabète acidotique).;
 - 1 près du terme (à l'occasion d'un coma acidotique) ;
- et un enfant mort au cours du travail de dystocie des épaules (diabète acidotique).

Nous pouvons noter, à la lumière de ces résultats, que :
(sauf dans le dernier cas, où la mort peut être attribuée, selon

toute vraisemblance, au traumatisme du travail sur un gros enfant de 4530 gr. ; dans les trois cas, où il s'agit d'un diabète simple, l'enfant est né vivant et, dans les 4 cas où il s'agit d'un diabète acidotique, le fœtus est mort in utero. Ceci nous autorise à insister sur la gravité bien connue pour le fœtus, des diabètes acidotiques et sur la nécessité absolue de rechercher à les équilibrer au mieux, ce qui ne peut être réalisé parfois qu'au prix de très grandes difficultés et toujours par des médecins hautement qualifiés, dans un service spécialisé en diabétologie.

Cette recherche de l'équilibre du diabète doit aller de pair avec l'étude de l'équilibre hormonal de la grossesse, cette dernière permettant de corriger les insuffisances éventuelles.

Ainsi, peut-on espérer dans les cas de diabète grave, atteindre dans de moins mauvaises conditions, la fin du 8ème mois, date qui semble la plus propice à l'extraction de l'enfant. C'est l'extraction par césarienne qui paraît la plus logique chez les enfants fragilisés par la maladie maternelle, malgré leur poids souvent élevé, même avant terme, qui constitue d'ailleurs une condition mécanique défavorable à l'accouchement provoqué par les voies naturelles.

8°- ICTERE et GROSSESSE

2 observations.

N° 396 (primipare de 24 ans ayant fait un ictère catarrhal au 2ème mois de sa grossesse. Accouchement naturel à terme d'un enfant vivant, de 3250 gr. Suites de couches normales).

N° 188 (angiocholécystite aigue chez une sixième pare, aux environs du terme. Déclenchement artificiel du travail ; accouchement d'un enfant vivant, de 4030 gr.).

9°- VAGINITES

a - Granuleuse : 9 observations

N° 7, 147, 288 (avec abcès de la grande lèvre), 576, 640 (primipare de 23 ans, hospitalisée à 5 mois 1/2 pour fièvre avec leucorrhée abondante. Prélèvement vaginal : nombreux leucocytes altérés, flore microbienne polymorphe, riche en bacilles de Döderlein et cocci type enterocoque. AntibioGramme sensible à la chloromycétine, streptomycine et pénicilline. Sabourand : culture négative. La vaginite persiste malgré le traitement : badigeonnages au mercryl, gynoplax, stovarsol, roquésine jusqu'à la fin de la grossesse),

N° 920, 926, 1112, 1143.

b - Trichomonas : 4 observations.

N° 10, 367, 501, 812, 814.

10°- D I V E R S

196 - Bartholinite

402 - Gonoccocie (chez une primipare de 21 ans, traitée par pénicilline et streptomycine - Guérison).

147 - Pyodermite

213 {
435 { Paraphlébite et périphlébite
724 {

- 122 - Zona (du membre supérieur droit apparu au 9ème mois de la gestation. Guérison).
- 1359 - Rubéole (au 2ème mois de la gestation sans malformation apparente à la naissance).
- 731 - Oreillons (survenant au 3ème mois de la gestation chez une cinquième pare de 31 ans. Accouchement naturel à terme d'un enfant vivant, de 3850 gr., sans malformation apparente).
- 542 - Intoxication par l'oxyde de carbone (en fin de gestation, nécessitant l'hospitalisation ; accouchement naturel, dans les heures qui suivent, d'un enfant qui doit être ranimé, de 3450 gr., décédé peu après. Expulsion de 800 grs de caillots ; délivrance artificielle pour non décollement du placenta et hémorragie. Suites de couches normales).
- 522 - Leucose aigüe (chez une primipare de 21 ans au 6ème mois de la gestation ; aucun antécédent n'est retrouvé, aucune absorption de produits toxiques, optalidon, benzol..... hémorragies multiples gingivales, dentaires, conjonctivales, ecchymoses, purpura. La rate n'est ni impalpable, ni percutable ; pas d'adénopathies. Numération, formule sanguine ; traitement par la cortisone ; quelques jours après épistaxie brutale qui continue malgré les tamponnements ; on décide d'intervenir en raison du pronostic foetal : césarienne corporéale suivie d'une hystérectomie subtotale pour assurer une hémostase parfaite ; naissance d'un enfant vivant, criant après désobstruction, pesant 1800 gr

100

• • • • •

décédé 48 heures après. La femme meurt 3 jours après l'intervention, d'hémorragie).

672 - Syndrôme d'hypertension intra-crânienne (troisième pare de 26 ans ; au lendemain de son second accouchement, hospitalisée pour une céphalée frontale, très localisée, prédominant le matin, calmée par les vomissements qui sont en fusée et ne s'accompagnent pas de nausées ; l'examen neurologique est à peu près négatif. Des clichés du crâne montrent des impressions digitiformes ; au fond d'oeil : œdème avec hémorragie péripapillaire sans baisse de l'acuité visuelle ; l'électro-encéphalogramme révèle une souffrance cérébrale diffuse. A 5 mois 1/2 de la gestation (actuelle), intervention en neuro-chirurgie pour tumeur probable de la fosse postérieure. A 7 mois 1/2 : césarienne basse transversale. Enfant vivant en bon état, pesant 2280 gr. Décès de la mère 8 jours après la césarienne.

932 - Maladie d'Addison (seconde pare de 26 ans ; première grossesse et premier accouchements normaux 5 ans auparavant. Le début réel des troubles remonte à 2 ans : apparition d'une mélanodermie avec un affaiblissement général ; hospitalisée à la suite d'un épisode fébrile au cours duquel, le diagnostic est porté ; équilibrée par des implantations de pellets de D.O.C.A. Des crises de diarrhée et de vomissements alternent, nécessitent la ré-hospitalisation. Le début de la seconde grossesse est marqué par une aggravation de tous ces symptômes : pigmentation caractéristique,

asthénie profonde, gros amaigrissement - TA 9/7 - Vertiges, vomissements verdâtres, plusieurs par heure ; évolution rapide vers le déséquilibre. Traitée par sérum salé hypertonique, percortène et cortisone. Les examens de laboratoires sont demandés régulièrement : sodium, potassium, glycémie, urée, chlore globulaire, chlore plasmatique, test de Thorn. Amélioration progressive mais nette : TA 11/12 ; sortie autorisée ; reçoit alors 20 mmg. d'hydrocortisone par jour. Ré-hospitalisée 5 mois plus tard pour vomissements incoercibles, TA 8/5, Pouls 144 ; traitée par sérum salé hypertonique + hydrocortisone. Accouchement prématuré à 8 mois, par le siège décomplété mode des fesses, d'un enfant vivant, criant aussitôt, pesant 3050 gr. ; état de la mère satisfaisant dans les suites de couches immédiates).

1161 - Pancréatite aigue oedémateuse (seconde pare de 43 ans ; gestation à terme ; admise pour syndrome abdominal douloureux aigu ; la malade ayant subi une myomectomie 12 ans auparavant, on craint une fissuration et décide d'intervenir par voie basse transversale : épanchement intra-péritonéal d'un liquide louche ; extraction d'un enfant mort, pesant 2420 gr. Délivrance manuelle 450 gr. ; on agrandit l'incision médiane au-dessus de l'ombilic : gros hydrocholécyste sous tension, volumineux bloc duodeno-pancréatique ; le revêtement péritonéal est tendu et les tissus sous-jacents présentent un oedème considérable ; il semble que ce soit là l'origine du suintement ; fermeture de la paroi ; la femme meurt au bout de quelques heures).

CHAPITRE V

= = = = =

ETUDE DES ELIMINATIONS HORMONALES

Au cours de l'année 1955, 25 femmes ont été plus particulièrement suivies par des dosages hormonaux pratiqués au laboratoire du service.

Ces 25 cas ont, par ailleurs, été étudiés en même temps qu'un grand nombre d'autres cas analogues, ayant fait l'objet d'un travail d'ensemble du service.

Ces dosages étudient l'élimination urinaire des G.B.S. 13 selon la Méthode de Jayle et Crepy, du complexe des Phénolstéroïdes selon la réaction de Koher, des 17 Cétostéroïdes selon la réaction de Zimmermann.

Les grossesses suivies hormonalement appartiennent à 3 catégories :

- soit que la femme ait des antécédents d'avortements ou d'accouchements prématurés ;
- soit que la grossesse actuelle soit marquée d'accidents évolutifs ;
- soit qu'existent certains états évolutifs comme le diabète.

Les résultats obtenus, selon l'importance et la variété d'insuffisance après traitement, sont groupés dans le tableau suivant :

Insuffisance globale légère :

	(7 enfants à terme, vivants
11 cas	) 3 enfants prématurés, vivants
	(1 enfant à terme, mort.

Insuffisance globale sévère :

	(2 enfants à terme, vivants
5 cas	) 1 enfants prématuré, vivant
	(2 enfants prématurés, morts

Insuffisance folliculinique isolée :

	(1 enfant à terme, vivant
3 cas	) 1 enfant prématuré, vivant
	(1 enfant prématuré mort

Insuffisance lutéinique isolée :

1 cas : 1 enfant prématuré, vivant

Sans insuffisance :

4 cas : 4 enfants à terme, vivants.

NOTA - Les grossesses terminées par des avortements et qui avaient donné lieu à des dosages hormonaux, sont mentionnées dans le chapitre de ce travail, traitant des avortements.

CHAPITRE VI

=====

ANOMALIES DE LA PARTURITION

1°- ACCOUCHEMENTS PREMATURESa) Date de l'accouchement= 6 mois : 8 observations

N° 38, 275, 280, 353bis, 905, 916, 924, 1012.

Parmi les 8 enfants nés au terme de 6 mois qui ont tous un poids inférieur à 1500 gr., 2 ont été dirigés sur un centre de prématurés, un 3ème est sorti de la Maternité avec un état général satisfaisant ; les 5 restants sont morts après un temps variant de quelques heures à 3 ou 4 jours après la naissance.

= 6 mois 1/2 : 4 observations.

N° 28, 185, 522, 600.

Sur ces quatre enfants :

2 ont un poids compris entre 1000 et 1500 gr. et ont été dirigés sur un centre de prématurés, un 3ème pesant 1800 gr. est décédé 48 heures après sa naissance.

Enfin le dernier pesant 2200 gr. est sorti de la Maternité avec un état général satisfaisant.

= 7 mois : 23 observations.

N° 20bis, 115, 219bis, 220, 415bis, 454, 562, 586, 666, 682, 716, 793, 955, 964, 1153, 1215 + 1216, 1275, 1319 + 1320, 1356, 1384, 1385.

Parmi les 23 enfants nés au terme de 7 mois :

= 3 ont un poids inférieur à 1500 gr., parmi lesquels un seul a été dirigé sur un centre de prématurés, les 2 autres étant morts-nés macérés.

= 14 ont un poids compris entre 1500 et 2000 gr., parmi lesquels :

- 2 ont été dirigés sur un centre de prématurés,
- 3 sont morts après la naissance,
- 9 sont sortis de la Maternité avec un état général satisfaisant.

= 6 ont un poids compris entre 2000 et 2500 gr, parmi lesquels 2 jumeaux ont été dirigés sur un centre de prématurés ; les autres sont sortis de la Maternité avec un état général satisfaisant.

Il en est de même pour le seul restant qui pèse plus de 2500 gr.

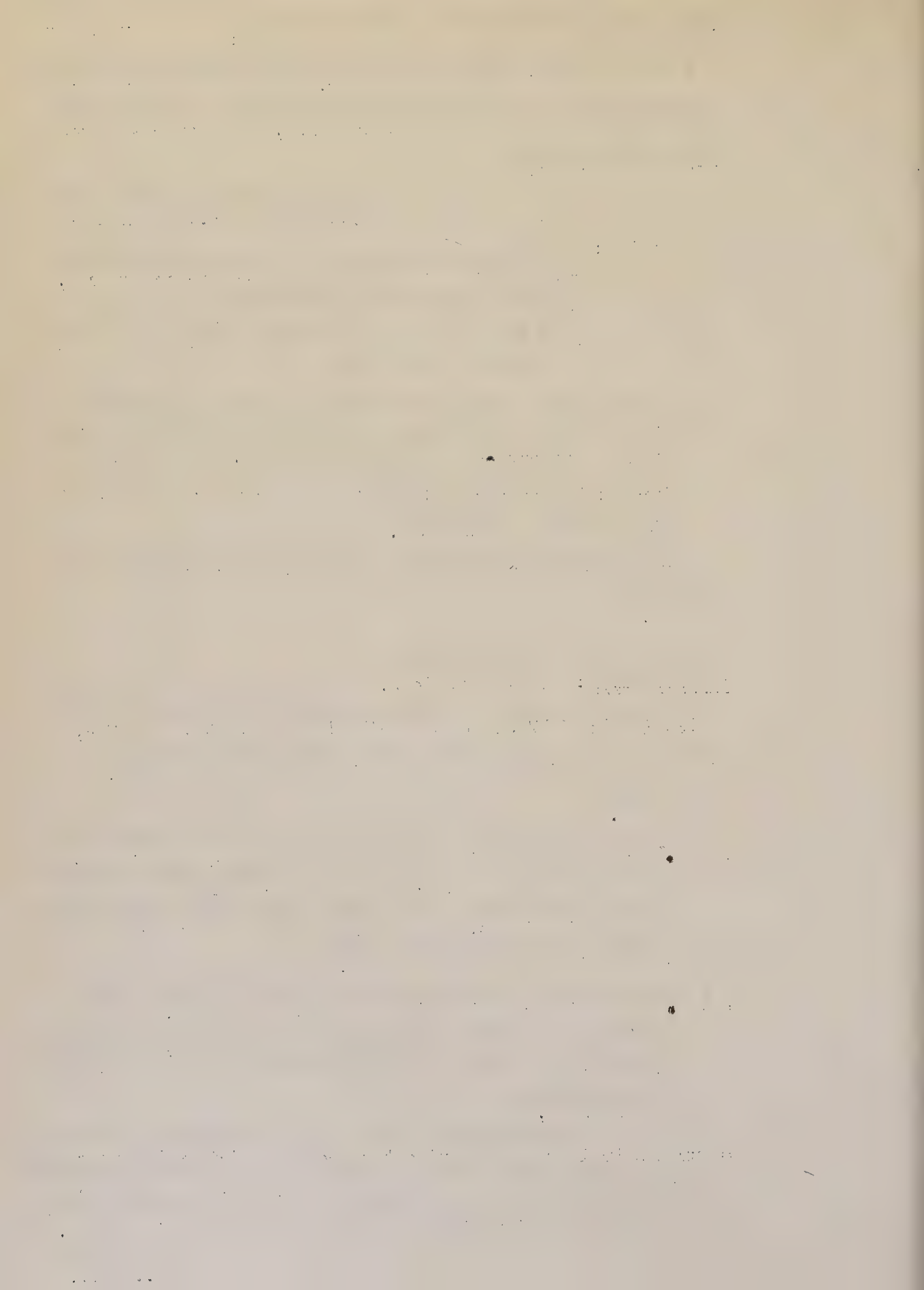
= 7 mois 1/2 : 24 observations.

N° 18, 44, 164, 197, 283, 382, 401, 489, 588, 656, 672, 704, 790, 885, 1050, 1122, 1129, 1145, 1175, 1196, 1219, 1272, 1290, 1305.

= 3 ont un poids compris entre 1500 et 2000 gr., parmi lesquels, un seul est sorti de la Maternité avec un état général satisfaisant, les 2 autres ayant été dirigés sur un centre d'élevage de prématurés.

= 18 ont un poids compris entre 2000 gr. et 2500 gr., parmi lesquels un enfant est mort après la naissance, tous les autres étant sortis de la Maternité avec un état général satisfaisant,

= sur les trois restants qui ont un poids supérieur à 2500 gr., 2 sont sortis en bon état de la Maternité, le 3ème a été dirigé sur un centre de chirurgie infantile pour imperforation anale.



= 8 mois : 68 observations.

N° 60, 91, 127, 190, 218, 227, 232, 265, 267, 282, 291, 297,
340, 386, 397, 400, 423, 425, 444, 450, 464, 487 + 488, 497,
579, 595, 598 + 599, 601, 603, 621, 697, 702, 705, 820, 858,
862, 872, 932, 959, 970, 1016, 1023, 1034, 1057, 1075, 1106,
1108, 1138, 1150, 1220, 1235, 1236, 1256, 1301, 1302, 1307 +
1308, 1312, 1316, 1318, 1321, 1322, 1339, 1340, 1354, 1386,
1403.

Sur 68 enfants nés au terme de 8 mois :

= 8 ont un poids compris entre 1500 et 2000 gr. parmi lesquels,
un seul a été dirigé sur un centre de prématurés, un second est
décédé.

6 sont sortis de la Maternité avec un état général satisfaisant.

= 29 ont un poids compris entre 2000 et 2500 gr. parmi lesquels,
un seul est mort.

Les 28 restants sont sortis de la Maternité avec un état
général satisfaisant.

= 31 ont un poids supérieur à 2500 gr., parmi lesquels :

2 sont morts et 29 sont sortis de la Maternité avec un état gé-
néral satisfaisant.

= 8 mois 1/2 : 25 observations

N° 29, 48, 52, 75, 139, 159, 241, 273, 438, 471, 474, 525, 615
729, 813, 844, 864, 972, 991, 1005, 1048, 1128, 1144, 1229,
1332.

Sur 25 enfants nés au terme de 8 mois, 1/2,

= 2 ont un poids compris entre 1500 et 2000 gr. et sont morts-
nés, macérés.

= 7 ont un poids compris entre 2000 et 2500 gr. parmi lesquels, un seul est mort après la naissance, les 6 restants sont sortis de la Maternité avec un état général satisfaisant,
= enfin, 16 ont un poids supérieur à 2500 gr. et sont tous sortis de la Maternité avec un état général satisfaisant.

b) Mode de l'accouchement chez les prématurés

I - Accouchement naturel :

= Sommet : 123 observations.

= Siège : 24 observations.

N° 38, 218, 283, 454 (3ème siège itératif), 488 586 (décomplété), 595, 598 + 599, 697 (décomplété), 793, 905 (décomplété), 924, 932 (décomplété), 1005, 1034 (décomplété), 1235 (décomplété), 1236 (décomplété), 1256, 1275 (décomplété), 1307 + 1308, 1339 (décomplété), 1340 (décomplété).

= Epaule : 1 observation : N° 1305.

= Gemellaire : 5 observations.

N° 487 + 488, 598 + 599, 1215 + 1216, 1307 + 1308, 1319 + 1320.

c) Accouchement terminé artificiellement : 8 observations

N° 218 (grande extraction de siège. Forceps sur tête dernière).

N° 283 (césarienne itérative ; syndrome de fissuration).

N° 522 (césarienne pour leucose aigüe).

N° 595 (césarienne pour placenta recouvrant).

N° 672 (césarienne pour syndrome d'hypertention mitra-cranienne)

N° 1075 (césarienne chez une femme récemment opérée pour calculs urétéraux et dont le taux d'urée sanguine s'élève à 2 gr.50).

N° 1305 (césarienne pour présentation transversale).

- d) Terrain pathologique retrouvé dans les accouchements prématurés
- = Albuminurie : 1 observation ; N° 1354.
 - = Rh : 0 observation.
 - = Diabète : 1 observation : N° 598 + 599 (gémellaire).
 - = Collibacillose : 1 observation : N° 964
 - = Syphilis : 2 observations :
N° 267 (B.W.+), 397.
 - = Tuberculose : 6 observations :
N° 487 + 488, 595, 598 + 599, 1219, 1316, 1339.
 - = Autres états pathologiques : 8 observations :
N° 28 (syndrômes prééclamptique), 522 (leucose aigue), 672 (syndrôme d'hypertension intra-crânienne, probablement en rapport avec une tumeur de la fosse postérieure), 932 (maladie d'Addison), 1016 (antécédents d'épilepsie), 1340 (hypertension artérielle récidivante de la grossesse), 1219 (hématome rétroplacentaire).
- e) Anomalies ovulaires dans les accouchements prématurés :
- 1 observation : N° 1384 (hydramnios aigu).
- f) Anomalie foetale dans les accouchements prématurés :
- 5 observations :
N° 599 (malformation des 2 pouces + extopie testiculaire).
N° 858 (malformation vulvaire), 859 (mongolien), 1034 (malformation du pied gauche en varus et de la langue), 1305 (imperforation anale), 1308 (phymosis).

g) Mortalité :

= Maternelle : 2 observations.

N° 522 (leucose aigüe), 672 (syndrome d'hypertension intracrânienne).

= foetale : 19 enfants prématurés sont morts dans le service sur 151 accouchements :

1°/ Morts-nés : 7 observations.

N° 415bis (mort-né macéré, accouchement fait en ville), 454, 586 (mort-né macéré), 905 (mort in utero au cours d'un coma diabétique chez la mère), 991 (mort-né macéré), 1048 (mort-né macéré).

2°/ Enfants morts après la naissance : 12 observations

N° 38 (prématuré de 6 mois, pesant 1380 gr., décédé à la 6ème heure), 218 (enfant de 2950 gr., né en état de syncope blanche ; décédé après 20 minutes de soins), 283 (2380 gr. crise de cyanose secondaire avec apnée, décédé à la 6ème heure), 353bis (accouchement fait en ville ; enfant vivant, pesant 1220 gr. ; décédé peu après), 450 (enfant pesant 2100 gr. hypotonique présentant quelques battements cardiaques, ne respirant qu'après 10 minutes de soins, décédé le jour même), 522 (prématuré au terme de 6 mois 1/2, pesant 1800 gr., décédé 48 heures après sa naissance), 729 (2380 gr., état satisfaisant à la naissance, décédé peu après ; à l'autopsie oedème cérébral très important avec hémorragie méningée probable), 959 (mongolienne, 2770 gr. ; décédé 3 heures après la naissance), 1075 (prématuré

au terme de 8 mois, pesant 1800 gr. dirigé sur un centre de prématurés, mort 4 heures après), 1356 (enfant de ranimé, décédé 6 heures après), 1385 (prématuré de 7 mois, pesant 2050 gr., n'a pu être ranimé).

Nous avons résumé dans le tableau suivant, le devenir des enfants nés prématurément, en les classant suivant leur poids. Nous savons pourtant ce qu'a d'artificielle cette classification :

P o i d s	Nombre de cas	Morts et macérés	Envoyés dans un centre de prématurés	Morts avant leur sortie	Sortis vivants du Service
Moins de 1500 gr.	13	2	5	5	1
Entre 1500 et 2000 gr.	23	2	5	5	11
Entre 2000 et 2500 gr.	61		2	3	56
Entre 2500 et 3000 gr.	20		1		19

Aucune conclusion ne peut être tirée de ce tableau puisqu'une bonne part des plus petits prématurés (10 sur 32 nés vivants) de moins de 2000 gr., ont été adressés à des centres de prématurés.

2°- GROSSESSE PROLONGEE : 28 observations

Nous nous contentons de relever les observations de grossesses dites prolongées, la date des dernières règles étant souvent mal précisées par les parturientes.

= Terme dépassé de 10 jours : 11 observations.

N° 126, 399, 485, 587, 617, 847, 854, 947, 1021, 1258, 1333.

= Terme dépassé de 15 jours : 11 observations.

N° 82, 105, 465, 484, 501, 926bis, 945, 1003, 1167, 1169, 1230.

= Terme dépassé de 3 semaines : 4 observations.

N° 145, 528, 674, 1115.

a - Accouchement naturel dans les grossesses dites prolongées :

10 observations.

N° 82, 100, 145, 617, 674 (dystocie des épaules ; naissance d'un enfant de mère diabétique, en état de mort apparente, n'a pu être ranimé), 926bis (accouchement fait en ville ; enfant mort-né non macéré, pesant 3600 gr. Hémorragie de la délivrance choc ; exitus pendant le transport à l'hôpital), 945, 947, 1003 (enfant ranimé), 1115.

b - Interventions dans les grossesses dites prolongées : 18 observations.

N° 89 (déclenchement du travail : benzoate d'oestradiol + Hypophyse + quinine + spasmalgine ; accouchement normal), 105 (déclenchement du travail), 126 (bassin rétréci transversalement chez une primipare de 23 ans ; présentation par le siège décomplété ; membranes rompues depuis 9 jours ; césarienne

extraction d'un enfant vivant, criant après quelques minutes de soins habituels, pesant 3620 gr.), 399 (déclenchement artificiel du travail), 485 (césarienne itérative pour bassin généralement rétréci), 501 (déclenchement artificiel du travail et perfusion d'hypophyse pour insuffisance secondaire des contractions utérines), 528 (primipare de 33 ans ; bassin limite ; membranes rompues depuis 76 heures ; présentation par le siège décomplété : césarienne ; naissance d'un enfant vivant, criant aussitôt, pesant 3600 gr.), 847 (déclenchement artificiel du travail et forceps), 854 (uterus bicorne, étalé. Application de forceps pour lenteur d'expulsion), 1021, 1167, 1169 (déclenchement artificiel du travail), 1230 (bassin plat léger, chez une primipare de 31 ans ; forceps pour non progression de la présentation et souffrance foetale ; dystocie des épaules : abaissement du bras postérieur par la méthode de Jacquemier ; enfant ranimé, pesant 3870 gr. présentant une hypotonie du membre supérieur droit sans fracture), 1333 (déclenchement artificiel du travail).

3°- DYSTOCIE DYNAMIQUE

a - Insuffisance primitive des contractions utérines,

- Ayant nécessité l'installation d'une perfusion d'hypophyse :
35 observations ,

N° 1, 2, 41, 51, 146 (forceps), 170, 187, 218 (grande extraction de siège et forceps sur tête dernière ; enfant blanc ne respirant pas mais présentant quelques battements cardiaques,

pesant 2950 gr., non ranimé), 229, 266, 269, 303, 322, 327, 330 (forceps), 410, 459, 482 (primipare de 37 ans ; césarienne à la 15ème heure du travail à dilatation petite paume), 501, 545, 587, 658, 686 (forceps), 812 (forceps) ; extraction d'un enfant vivant, pesant 2920 gr. décédé quelques minutes après sa naissance ; infarctus placentaire récent), 827, 977 (césarienne à la 19ème heure de travail à la dilatation de 5 F.), 978, 1028 (césarienne à la 19ème heure du travail), 1065, 1083, 1115, 1172, 1258, 1263/1264, 1273.

- Hypertonie utérine : 0 observation.

b - Anomalie de la dilatation :

- Sans oedème du col : 4 observations ,

N° 276 (primipare de 29 ans ; traitée pour stérilité pendant 2 ans et ayant subi une électro-coagulation du col ; rupture prématurée des membranes ; agglutination du col ; césarienne), 505 (adhérence du pôle inférieur de l'oeuf ; rupture artificielle des membranes ; accouchement normal), 864 (agglutination du col cédant spontanément après 1 heure de potentialisation).

- Avec oedème du col : 5 observations ,

N° 70 (primipare de 21 ans ; dilatation à grande paume ; perfusion d'hypophyse, accouchement normal), 249 (seconde pare de 20 ans ; perfusion d'hypophyse à grande paume. Accouchement naturel), 462 (primipare de 24 ans ; perfusion d'hypophyse à petite paume ; application de forceps pour souffrance foetale), 846 (5ème pare de 44 ans ; perfusion d'hypophyse à

grande paume ; accouchement normal), 1063 (primipare de 33 ans ; perfusion d'hypophyse à dilatation de 5 F. accouchement normal)

c - Malformations utérines : 5 observations.

N° 463, 1250, 1400 (uterus cylindrique pose d'une perfusion d'hypophyse ; accouchement normal dans les 3 cas).

N° 854 (uterus bicorne, étalé, perfusion d'hypophyse et application de forceps).

N° 933 (uterus cordiforme ; perfusion d'hypophyse ; grande extraction de siège).

En conclusion :

Il est à noter la rareté des anomalies de la dilatation et en particulier de celles qui se compliquent d'oedème cervical. Cette rareté est expliquée par l'emploi systématique de la Méthode d'accouchement physiologiquement accéléré. Le renouvellement des agents médicamenteux dans les cas d'anomalie de la dilatation, soit par hypotonie, soit par hypertonie, permet dans la majorité des cas de réduire la dystocie. Dans quelques cas pourtant, la perfusion hypophysaire garde ses indications. On note alors en général une efficacité remarquable de cet agent thérapeutique sur l'uterus préparé par les agents neuroplégiques. Dans 3 cas seulement l'accouchement a dû être terminé par césarienne, la dilatation ne progressant pas, ou ne progressant qu'insuffisamment.

La Méthode d'accouchement physiologiquement accéléré et à douleurs atténuées, mise au point par notre Maître, le Professeur Agrégé J.

GRASSET, depuis une dizaine d'années, est appliquée à la grande majorité des parturientes.

Cette méthode a pour but de réaliser une déconnexion de l'utérus et des centres nerveux "en associant, dans des proportions nettement définies et à des périodes successives et bien précisées de la dilatation, des médications d'action très diverses :

- Des spasmolytiques dont les remarquables effets sont depuis longtemps utilisés au cours de l'accouchement,
- Des antihistaminiques,
- Des ganglioplégiques,
- Des curarissants.

Une véritable déconnexion neuro-végétative de l'organisme maternel, ainsi obtenu, supprime à peu près complètement les réactions hypertoniques utérines qui sont à la base de la plupart des difficultés du travail.

Les produits utilisés sont les suivants :

- Comme antispasmodiques :

Le Bisphényl-3 - Propyl - Ethylamine (Spasmavérine) spasmolytique de synthèse à réaction musculotrope directe, dont l'efficacité est double de celle de la papavérine. Sa toxicité est minime car il ne contient pas de dérivés opiacés.

Nous lui avons substitué depuis plusieurs mois, le spasmodex.

- Comme antibistaminiques :

Nous avons remplacé le Phénergan ou 3277 RP, utilisé au début, par le Synopène ou 612144, qui présente sur le premier certains avantages appréciables en particulier, l'absence d'effets secondaires pour des résultats comparables en ce qui concerne la marche du travail.

- Comme paralysant nicotinique,

Le 2987 RP (Diparcol), autre dérivé de la Thiophénylamine, a surtout une action synaptolytique périphérique sur l'ensemble des relais ganglionnaires. Anticonvulsivant efficace, il déprime fortement le tonus.

Le bromure de tétraéthylammonium (Tétranium) est un synaptolytique puissant, d'action exclusivement périphérique. Il est donc en même temps de propriétés régulatrices du système neurovégétatif.

- Comme curarisant :

Le 2559 F. 3697 RP (Flaxédil), dérivé du Pyrogallol, n'entraîne ni effet histaminique, ni dépression cardio-vasculaire. Il possède, comme les précédents produits, une action paralysante sur les synapses ganglionnaires, mais entraîne surtout une paralysie de la fibre striée et abaisse à la fois le tonus et la contractilité réflexe. Son administration est à la fois facile et sans danger car l'action potentialisatrice des médications précédentes, antérieurement administrées, permet d'obtenir avec des doses minimales, un effet curarisant sur le relâchement musculaire sans risque de bronchospasme.

La technique d'utilisation est la suivante :

- A dilatation de deux francs, on pratique une injection sous-cutanée de synopène et de spasmodex (2 cm³ de chaque) ; un quart d'heure après, on injecte par voie musculaire, 5 cm³ de Tétranium à 0,5 et 5 cm³ de Diparcol à 0,25.

- A dilatation complète, on injecte par voie musculaire, 2 cm³ de Flaxédil à 0,4.

Il est essentiel de ne pas pratiquer des injections trop tôt et d'attendre que le travail soit bien déclenché.

Le tableau ci-après permet de vérifier l'efficacité des produits employés sur la durée de la dilatation de 2 F. à complète, par la méthode de l'accouchement physiologique-ment accéléré.

Présen- tations	Parité et Nombre des cas étudiés	Conditions obstétricales normales :			Conditions obs- tétricales moins favorables :			Moyenne des cas traités
		cas traités	série témoin non traitée		cas traités			
Statistique globale	Primipares: 293 cas	2 h.28: 138 cas	5 h.43 21 cas		4 h.20 134 cas			3 h.23 272 cas
	— — — — —	— — — — —	— — — — —		— — — — —			— — — — —
	Multipares: 457 cas	1 h.39: 239 cas	3 heures 50 cas		2 h.49 168 cas			2 h.08 407 cas
	— — — — —	— — — — —	— — — — —		— — — — —			— — — — —
Statistique détaillée	Total.....: 750 cas	1 h.57: 377 cas	4 h.46 71 cas		3 h.29 302 cas			2 h.37 679 cas
	— — — — —	— — — — —	— — — — —		— — — — —			— — — — —
	Primipares: 130 cas	2 h.16: 53 cas	5 h.15 9 cas		3 h.41 68 cas			3 h.03 121 cas
	— — — — —	— — — — —	— — — — —		— — — — —			— — — — —
Statistique détaillée	Multipares: 230 cas	1 h.36: 120 cas	2 h.55 29 cas		1 h.54 81 cas			1 h.43 201 cas
	— — — — —	— — — — —	— — — — —		— — — — —			— — — — —
	Total: 360 cas	1 h.48: 173 cas	3 h.02 38 cas		2 h.42 149 cas			2 h.12 322 cas
	— — — — —	— — — — —	— — — — —		— — — — —			— — — — —
Statistique détaillée	Primipares: 163 cas	2 h.35: 85 cas	6 h.05 12 cas		4 h.42 66 cas			3 h.30 151 cas
	— — — — —	— — — — —	— — — — —		— — — — —			— — — — —
	Multipares: 227 cas	1 h.42: 119 cas	3 h.09 21 cas		3 h.24 87 cas			2 h.25 206 cas
	— — — — —	— — — — —	— — — — —		— — — — —			— — — — —
Statistique détaillée	Total.....: 390 cas	2 h.04: 204 cas	4 h.43 33 cas		3 h.57 153 cas			2 h.52 357 cas
	— — — — —	— — — — —	— — — — —		— — — — —			— — — — —
	— — — — —	— — — — —	— — — — —		— — — — —			— — — — —
	— — — — —	— — — — —	— — — — —		— — — — —			— — — — —

Résultats

L'allure générale du travail est caractérisée par la régularité des contractions utérines, la parfaite qualité du relâchement entre les contractions, entraînant de ce fait une meilleure qualité de la dynamique utérine. Le col reste souple, la présentation parachève facilement son accommodation. La souffrance foetale est exceptionnelle. Ces médicaments ont toujours été parfaitement tolérés par les femmes.

L'intensité des phénomènes douloureux est considérablement diminuée du fait de l'absence de réactions spasmodiques.

Un important effet analgésique est observé. Quant à la somnolence fréquemment notée au début de l'utilisation de cette méthode, elle a pratiquement disparu depuis la substitution du synopène au Phénergan. La période d'expulsion est considérablement abrégée dans sa durée et facilitée par un relâchement remarquable du périnée dû au curare.

4°- PROCIDENCES

a - Procidence du cordon : 1 observation.

N° 955 (sixième pare de 28 ans ; présentation fixée en O I G A bien fléchie ; latérocidence du cordon ; accouchement après une application de forceps, d'un enfant prématuré, vivant, criant aussitôt, pesant 2250 gr., longueur du cordon: 1 m.35).

b - Procidence d'un membre : 3 observations.

N° 112 + 113 (grossesse gémellaire chez une dixième pare de 38 ans. 2ème jumeau, présentation céphalique déviée à gauche, procidence d'un pied droit antérieur. Abaissement du 2ème pied ; version par manoeuvres internes, suivie d'une grande

extraction de siège avec abaissement des 2 bras ; naissance d'un enfant vivant, criant après désobstruction, pesant 3480 gr.).

N° 370 (grossesse gémellaire ; hydramnios aigu au 6ème mois de la gestation ; accouchement prématuré en présentation de l'épaule avec procidence d'un pied d'un premier enfant mort-né ; suites de couches normales).

N° 1132 + 1133 (gémellaire ; accouchement à terme : 1) par le siège décomplété, d'un enfant vivant, pesant 3150 gr. 2) rupture de la seconde poche des eaux, présentation céphalique ; procidence d'une main et du pied gauche ; abaissement du 2ème pied postérieur, refoulement de la tête foetale, version facile suivie d'une grande extraction du siège ; naissance d'un enfant vivant, pesant 3450 gr.).

5°- DYSTOCIE DES EPAULES :

10 observations.

N° 169 (seconde pare de 24 ans ; grossesse prolongée de 17 jours ; accouchement naturel avec dystocie de dégagement des épaules ; abaissement du bras postérieur, puis de l'antérieur ; enfant vivant, pesant 4830 gr.).

N° 183 (seconde pare de 25 ans ; accouchement naturel à terme avec dystocie des épaules, d'un enfant vivant, pesant 4300 gr. ; fracture de l'humerus sans déplacement ; appareillage léger, à porter 3 semaines).

N° 187 (accouchement normal O I D P/OP, près du terme, avec dystocie des épaules, d'un enfant, pesant 4130 gr.).

N° 303 (troisième pare de 33 ans. Diamètre bi-acromial de l'enfant = 16 cm.5. Dégagement du bras postérieur, abaissement de l'épaule antérieure ; enfant vivant, pesant 5320 gr.).

N° 538 (terme dépassé de 10 jours ; accouchement naturel, avec dystocie de dégagement des épaules, d'un enfant vivant, pesant 5600 gr.).

N° 674 (36 ans, dixième pare ; diabétique ; terme dépassé de 19 jours ; accouchement naturel avec dystocie des épaules, d'un enfant en état de mort apparente, ne pouvant être ranimé et pesant 4530 gr.).

N° 709 (enfant pesant 5250 gr., diamètre bi-acromial = 14 cm.5).

N° 777 (primipare de 22 ans, diabétique, à terme ; mort du fœtus in utero au cours d'un coma par hyperglycémie, survenu 8 jours auparavant ; accouchement naturel, mais dégagement difficile en O.P, avec dystocie des épaules, d'un enfant pesant 4100 gr. oedématisé et desquamé entièrement).

N° 1230 (première pare de 31 ans ; bassin plat léger ; terme dépassé de 14 jours ; perfusion d'hypophyse pour insuffisance primitive des contractions utérines ; forceps pour souffrance fœtale ; première prise en O I G T, descente, rotation en O I G A ; deuxième prise en O I G A ; extraction en O P ; dystocie des épaules : abaissement du bras postérieur par la méthode de Jacquemier ; naissance d'un enfant vivant, criant après 5 minutes de soins habituels, pesant 3870 gr., présentant une hypotonie du membre supérieur droit sans fracture).

N° 1380 (accouchement près du terme, avec dystocie des épaules, d'un enfant mort-né, pesant 3530 gr. Hématome rétro-placentaire).

Conclusion

Parmi les anomalies de la parturition, nous avons noté :

1) 151 cas d'accouchements prématurés ayant nécessité :

- 6 césariennes,
- 1 application de forceps,
- 0 version par manoeuvres internes,
- 1 grande extraction de siège.

La mortalité infantile se répartit en :

- 8 morts-nés,
- 11 décès après la naissance,

mais 13 enfants parmi les plus petits, ont été dirigés sur des centres de prématurés,

2) 28 cas de grossesses prolongées ou soi-disant telles,

3) 49 cas de dystocie dynamique,

4) 4 cas de procidences.

CHAPITRE VII

= = = = =

VICIATIONS PELVIENNES

1°- BASSIN RACHITIQUE : 19 observationsa) Bassin généralement rétréci : 14 observations.

N° 19 (cinquième pare de 29 ans ; accouchements précédents normaux ; césarienne pour non engagement de la présentation après 4 heures de travail et 1 heure 1/2 de rupture de la poche des eaux ; B.G.R. léger mais gros enfant pesant 3950 gr.).

320 (P.S.P. = 10 cm.7 ; césarienne à la 5ème heure du travail pour dilatation lenticulaire et souffrance foetale).

355 (accouchement naturel près du terme).

361 (présentation mal fléchie en O I G A forceps).

381 (césarienne).

564 (2 césariennes antérieures ; accouchement naturel près du terme ; forceps).

589 (primipare de 32 ans ; P.S.P. = 10 cm.3. Présentation par le siège décomplété ; césarienne à la 13ème heure du travail).

664 (P.S.P. = 10 cm.4 ; accouchement normal aux environs du terme).

714 (accouchement normal à terme ; P.S.P. = 10 cm.2).

768 (primipare de 19 ans ; P.S.P. = 10 cm.8 ; césarienne à la 19ème heure du travail pour anomalie de la dilatation).

837 (bassin généralement rétréci et aplati transversalement. Césarienne).

848 (césarienne).

922 (P.S.P. = 11 cm.3 ; accouchement naturel, par la face et après une perfusion d'hypophyse pour arrêt de la dilatation à 5 F.).

1359 (césarienne itérative).

b) Bassin_rétréci_transversalement : 2 observations.

N° 126 (primipare de 23 ans ; gestation ayant dépassé le terme ; présentation par le siège décomplété avec déflexion radiologique de la tête foetale ; membranes rompues depuis 9 jours ; césarienne). 1403 (accouchement prématuré à 8 mois, d'un enfant vivant, pesant 3000 gr.).

c) Bassin_aplati : 2 observations.

N° 509 (bassin plat léger. P.S.P. = 10 cm.9. Accouchement normal près du terme).

1230 (première pare de 31 ans, terme dépassé de 14 jours, accessible à 11 cm. bas situé. Perfusion d'hypophyse pour insuffisance primitive des contractions ; forceps pour souffrance foetale et non progression de la présentation ; extraction en O P, avec dystocie des épaules, d'un enfant vivant, criant après 5 minutes de soins, pesant 3870 gr. Déchirure de la lèvre postérieure du col, n'atteignant pas le segment inférieur).

2°- BASSIN COXALGIQUE : 2 observations

N° 590 (primipare de 21 ans ; coxalgie gauche à l'âge de 4 ans ; plâtrée pendant 3 ans avec abcès froids cervicaux. Bassin légèrement aplati du côté gauche, excavation normale. Double potentia-

lisation. Accouchement normal, près du terme, d'un enfant vivant, pesant 3750 gr. Suites de couches normales).

850 (sixième pare de 31 ans, porteuse d'une cardiopathie mitrale, d'origine rhumatismale ; coxalgie plâtrée pendant 14 mois ; accouchement normal près du terme).

3°- BASSIN DE LUXATION CONGENITALE : 5 observations.

N° 45 (primipare de 20 ans. Luxation unilatérale gauche ; plâtrée ; accouchement normal près du terme, d'un enfant vivant, criant aussitôt, pesant 3380 gr., présentant une paralysie du plexus brachial, d'origine indéterminée : pas d'anomalie osseuse ou articulaire, pas d'atrophie, pas de malformation).

547 (troisième pare de 36 ans, ancienne syphilitique ; B.W. actuellement négatif, luxation congénitale de la hanche ; opérée à l'âge de 16 ans ; accouchement normal près du terme).

549 (luxation bilatérale de la hanche).

1220 (primipare de 24 ans, luxation bilatérale de la hanche, plâtrée pendant 9 mois, à l'âge de 3 ans, puis mécanothérapie ; à l'examen, luxation réduite à gauche, persistant à droite. Boiterie nette avec appui maximum du côté gauche. Dos : légère scoliose à convexité droite, losange de Michaelis asymétrique ; épine iliaque postero supérieure droite, légèrement plus basse que la gauche. Raccourcissement net de 3 cm. du membre inférieur droit par rapport au gauche. Accouchement prématuré à 8 mois, d'un enfant vivant, pesant 2890 gr.).

1269 (luxation unilatérale droite opérée à l'âge de 6 ans ; accouchement normal, près du terme, d'un enfant vivant, pesant 3780 gr.).

4°- BASSINS VICIES DIVERSa) Bassin pottique : 1 observation.

N° 1361 (sixième pare de 45 ans ; mal-de-Pott dorso-lombaire, intéressant d'abord les 7ème, 8ème et 9ème vertèbres dorsales, et débutant à l'âge de 20 ans, par une paraplégie ; séjour de 6 ans à Berck ; corset plâtré ; les 4 premiers accouchements sont normaux. C'est après le 5ème accouchement qu'apparaissent des lésions tuberculeuses au niveau des 5 vertèbres lombaires et des 2 premières vertèbres sacrées. Greffe d'Albee ; complication : section des nerfs de la queue de cheval à gauche. Enfin, il y a 5 ans, de nouvelles lésions des vertèbres dorsales obligent la malade à subir une nouvelle greffe à Berck. Depuis, état satisfaisant ; gestation actuelle normale ; accouchement naturel près du terme, d'un enfant vivant, criant aussitôt, pesant 4020 gr.).

b) Bassin scoliotique : 1 observation.

N° 1084 (seconde pare de 32 ans. Scoliose traitée 4 ans auparavant par le port d'un corset. P.S.P. à 10 cm.7. Lignes innominées suivies sur leurs 2/3 antérieurs ; excavation d'aspect normal ; accouchement prématuré à 8 mois 1/2 d'un enfant vivant, pesant 2500 gr.).

Nous avons enregistré, sur 1403 accouchées :

- 19 bassins rachitiques,
- 2 bassins coxalgiques,
- 5 bassins de luxation congénitale de la hanche,
- 1 bassin pottique,
- 1 bassin scoliotique.

.. / ...

Sur les 19 bassins rachitiques on a pratiqué :

- 9 césariennes,
- 3 applications de forceps.

Nous avons observé par ailleurs 7 accouchements naturels.

La mortalité maternelle et foetale est nulle.

CHAPITRE VIII

= = = = =

ANOMALIES ET COMPLICATIONS DE LA DELIVRANCE

1/ DELIVRANCE ARTIFICIELLE : 59 observations.

a) Pour non décollement placentaire : 19 observations.

N° 56, 134, 242, 291, 368, 489, 542, 547, 583, 587, 938, 1097,
1134, 1265, 1280, 1312, 1352, 1388, 1198/1199.

b) Pour hémorragie de la période d'attente : 8 observations.

78, 542, 547, 847, 933, 1024, 1265, 1299.

c) Délivrance artificielle systématique :

- après forceps : 23 observations.

N° 3, 146, 165, 219, 229, 298, 301, 314, 332, 361, 377, 457,
465, 564, 686, 688, 834, 836, 1197, 1230, 1292, 1314, 1351.

- après grande extraction de siège : 5 observations.

N° 112/113, 119/120, 218, 764/765, 1132/1133.

-- après certains accouchements compliqués : 4 observations.

38 (hémorragie importante au cours du travail ; placenta
praevia). 479 (accouchement par le siège avec relèvement des
bras). 649 (accouchement par le siège décomplété, avec relè-
vement des bras). 1378 (enfant mort-né, macéré, de mère dia-
bétique : shock sans hémorragie avant la délivrance).

2/ HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE : 18 observations.

N° 24, 130, 184, 246, 274, 315, 345, 491, 530, 553, 911, 926bis,
1003, 24, 274, 345, 553, 1003.

3/ REVISION UTERINE POUR DELIVRANCE INCOMPLETE : 39 observations.

N° 51, 65, 88, 92, 124, 130, 134, 146, 159, 181, 182, 186, 188,
212, 242, 246, 265, 275, 280, 286, 303bis, 336, 345, 368, 397,
553, 654, 681, 699, 737, 739, 802, 826, 870, 1003, 1089, 1105,
1109, 1219.

Conclusion

Nous n'avons eu à déplorer aucune complication grave mettant en danger la vie de l'accouchée.

CHAPITRE IX

= = = = =

LES INTERVENTIONS AU COURS DE LA GROSSESSE

1/ VERSION PAR MANOEUVRES EXTERNES : 2 observations.

N° 642 (troisième pare de 22 ans ; présentation pelvienne ; version à 8 mois ; accouchement naturel à terme).

1402 (seconde pare de 28 ans ; bassin limite, présentation pelvienne, version à 7 mois 1/2 ; accouchement naturel à terme).

2/ AUTRES INTERVENTIONS -en cours de grossesse- : 2 observations.

N° 177 (cure d'éventration consécutive à une appendicectomie).

N° 902 (appendicectomie au second mois de la gestation).

Conclusion

Sur les 4 observations d'interventions obstétricales et chirurgicales pratiquées en cours de grossesse, nous relevons dans les suites, 4 accouchements normaux à terme, d'enfants normaux.

CHAPITRE X
= = = = =

PATHOLOGIE DES SUITES DE COUCHES

1/ PHLEBITES : 5 observations.

N° 133 (embolie pulmonaire 5 jours après accouchement naturel à terme ; pas de signe de thrombophlébite périphérique. Traitement: héparine, puis tromexane. Guérison).

N° 228 (embolie pulmonaire ; évolution simple sous l'influence du traitement anticoagulant).

N° 360 (ré-hospitalisée 15 jours après un accouchement normal à terme, pour thrombo-phlébite du membre inférieur droit. Traitement: héparine, puis tromexane ; passage dans un service de médecine pour arthrite).

N° 598/599 (perturbation humorale préphlébitique après césarienne avec ligature et section des trompes chez une femme diabétique . Traitement par héparine, puis tromexane ; transférée ensuite dans le service des diabétiques).

N° 1028 (menace de thrombophlébite périphérique 9 jours après césarienne. Evolution simple).

2/ INFECTIONS MAMMAIRES

a) Lymphangite : 12 observations.

N° 161, 173, 287, 583, 686, 707, 757, 892, 950, 993, 1167, 1211, Régression sous l'influence d'un traitement simple.

b) Abcès du sein : 4 observations.

N° 21, 45, 1068, 1341 (abcès survenant à la suite d'un furoncle, fistulisation spontanée. Incision. Perfusion de 1162 F. Tifomycine. Collection d'un nouvel abcès 12 heures après ; propidon).

.. / ...

3/ SUITES DE COUCHES FEBRILES

41 observations.

- Colibacillose :

N° 10, 20, 78, 80, 89, 142, 290, 327, 374, 408, 409, 423, 429, 462, 485, 509, 510, 512, 537bis, 549, 568, 596, 604, 663, 670, 699, 754, 764 + 765, 835, 874, 910, 945, 1094, 1108, 1130, 1138, 1169, 1223, 1231, 1242.

- D i v e r s :

N° 167 (pneumothorax spontané bénin gauche).

N° 579 (affection pulmonaire aigüe mal définie, évoquant pour les pneumologues, un syndrome d'atélectasie pulmonaire, mais sans déviation de la trachée et du coeur. Analeptiques cardio-vasculaires et respiratoires + antibiotiques).

N° 595 (hémoptysie après césarienne chez tuberculeuse pulmonaire).

N° 686 (traitée pour lymphangite, puis transférée dans un service de phtisiologie pour un accès dyspnéique avec toux, cyanose, température: 39°7 et une image radiologique micronodulaire disséminée dans les deux champs pulmonaires).

N° 1198 + 1199 (ictère infectieux ; l'antibiogramme montre des souches sensibles à la pénicilline et à la chloromycétine, résistant aux autres antibiotiques. Amélioration au bout de quelques jours sous l'influence du traitement).

N° 1202 (ré-hospitalisation pour un abcès de la grande lèvre).

4/ PSYCHOSE DES SUITES DE COUCHES : 1 observation

N° 1070 (troisième pare présentant comme au cours de ses deux précédents accouchements, une psychose caractérisée essentiellement par de la tristesse avec asthénie, la malade étant absolument incapable du moindre effort ; traitée efficacement par le largactil).

CHAPITRE XI

=====

INTERVENTIONS OBSTETRIQUES ET CHIRURGICALES

AU COURS DE LA PARTURITION

1/ APPLICATION DE FORCEPS : 66 observations

a) Causes

- Non progression de la présentation et souffrance fœtale

44 observations.

N° 24, 78, 94, 146, 171, 219, 229, 301, 314, 330, 361, 389,
457, 465, 661, 688, 700, 812, 815, 834, 880, 887, 926, 980,
1197, 1314, 156, 165, 207, 278, 298, 313, 327, 394, 462, 631,
746, 836, 956, 1062, 1124, 1183, 1190, 1230.

- Procidence et laterocidence du cordon : 1 observation. N° 955.

- Tête dernière au cours des grandes extractions de siège :

2 observations - N° 218, 1125.

- Fatigue maternelle : 3 observations.

N° 3, 938, 1351.

- Etats pathologiques de la mère : 16 observations.

(Tuberculose : 4 observations.

N° 459 (hospitalisée pendant les derniers mois de la gestation;
arrêt du traitement. Streptomycine, P.A.S., rimifon 15 jours
avant l'accouchement B.K.++). 1065 (pneumothorax droit)
1134 (pneumothorax extrapleurale droit) 1292.

(Cardiopathie : 1 observation.

N° 687 (rétrécissement mitral avec accidents oedémateux au
cours du précédent accouchement).

(Hypertension artérielle : 3 observations.

N° 686, 764 (avec albuminurie, oedèmes), 1118 (décollement inféro-externe de la rétine).

(Diabète : 1 observation.

N° 720

(Uterus cicatriciel : 2 observations.

N° 377, 564.

- Autres indications : 2 observations.

N° 847 (grossesse prolongée ; déclenchement artificiel du travail).

N° 871 (rupture prématurée des membranes depuis 72 heures).

b) Modes d'application

- Applications directes : 22 observations.

N° 3, 94, 171, 207, 218, 219, 298, 313, 314, 389, 457, 462, 661, 686, 687, 700, 746, 847, 854, 1062, 1190, 1351.

- Applications obliques : 44 observations.

O I G A : 19 observations

- Partie haute de l'excavation : 3 observations.

N° 165, 871, 1197.

- Partie moyenne de l'excavation : 11 observations.

N° 24, 78, 459, 559, 564, 688, 955, 956, 1124, 1134, 1183.

- Partie basse de l'excavation : 5 observations.

N° 156, 229, 815, 1065, 1125.

O I D P : 8 observations.

- Partie haute de l'excavation : 2 observations.

N° 146, 301.

- Partie moyenne de l'excavation : 5 observations.

N° 278, 377, 465, 980, 1250.

- Partie basse de l'excavation : 1 observation.

N° 1314.

O I G P : 2 observations.

- Partie haute de l'excavation : 1 observation.
N° 327.
- Partie moyenne de l'excavation: 1 observation.
N° 327.
- Partie basse de l'excavation : 0 observation.

O I D T : 6 observations.

- Partie haute de l'excavation : 2 observations.
N° 834 (sur hydrocéphale après basiotrypsie), 1292.
- Partie moyenne de l'excavation: 3 observations.
N° 631, 720, 827.
- Partie basse de l'excavation : 1 observation.
N° 812.

O I D A : 7 observations.

- Partie haute de l'excavation: 2 observations.
N° 938, 1118.
- Partie moyenne : 3 observations.
N° 361, 394, 764.
- Partie basse : 2 observations.
N° 604, 836.

O I G T : 2 observations.

- Partie haute de l'excavation : 1 observation.
N° 1230.
- Partie moyenne : 1 observation.
N° 330.
- Partie basse : 0 observation

c) Résultats

- Pour la mère :

Mortalité nulle.

Déchirure périnéale partielle: 13 observations.

N° 156, 218, 219, 278, 301, 313, 332, 361, 686, 720, 596,
1062, 1230.

Déchirure périnéale complète: 0 observation.

Mortalité : 3 observations.

mort-né (N° 834, basiotrypsie sur hydrocéphale).

mort après la naissance :

N° 218 (prématuré de 8 mois ; signes de souffrance foetale ; nécessité d'une grande extraction de siège, suivie d'un forceps sur tête dernière ; enfant 2950 gr., décédé après 20 minutes de soins).

N° 812 (hématome rétro-placentaire ; enfant vivant, pesant 2920 gr., arrêt des battements cardiaques quelques minutes après la naissance).

2/ VERSION PAR MANOEUVRES INTERNES : 3 observations.

N° 113 (gémellaire chez une dixième pare de 38 ans, accouchement naturel en présentation céphalique d'un premier jumeau vivant, pesant 2870 gr. Procidence du pied droit, antérieur, du deuxième jumeau devant une présentation céphalique, abaissement du 2ème pied ; version ; grande extraction de siège avec abaissement des 2 bras. Enfant vivant, pesant 3480 gr.)

N° 765 (gémellaire chez une primipare de 22 ans ; extraction par forceps en O I D A d'un premier jumeau vivant, pesant 3000 gr. La seconde présentation tend à s'engager en O I G T, mais ne s'engage pas franchement ; version, extraction par le siège, d'un enfant vivant, pesant 3320 gr.).

N° 1133 (gémellaire chez une quatrième pare de 32 ans, accouchement par le siège décomplété, mode des fesses d'un premier jumeau vivant, pesant 3150 gr. Procidence d'une main et du pied gauche du deuxième jumeau devant une présentation céphalique ; abaissement du 2ème pied ; version ; grande extraction de siège ; enfant vivant, pesant 3450 gr.).

- au cours des applications de forceps : 15 observations.
N° 156, 229, 298, 457, 465, 688, 764 + 765, 847, 871, 926, 1125, 1197, 1292, 1314, 1351.
- au cours des extractions de siège : 2 observations.
N° 218, 933.
- au cours des accouchements naturels, présentation du sommet :
21 observations.
N° 14, 94, 186 (uterus bifide avec septum vaginal médian)
195, 269, 453, 472, 626, 682, 709, 744, 855, 940 (périnée cicatriciel), 978, 1063, 1070, 1136, 1306 (périnée cicatriciel).
- présentation pelvienne : 3 observations.
N° 479, 643, 1125.

4/ CESARIENNE : 40 observations.a) Causes de l'intervention :

- Anomalie dynamique : 3 observations.

N° 482 (dystocie dynamique primitive chez une primipare de 37 ans ; césarienne à la 15ème heure du travail, à la dilatation de petite paume).

N° 977 (insuffisance des contractions utérines, dilatation stationnaire à 5 F. à la 19ème heure du travail, malgré double potentialisation et perfusion d'hypophyse).

N° 1028 (absence de dilatation à la 17ème heure du travail par dystocie dynamique primitive).

- Anomalie de la dilatation : 3 observations.

N° 222, 276 (agglutination du col).

N° 754 (césarienne itérative pour anomalie de la dilatation après épreuve du travail).

- Viciation pelvienne : 11 observations

Bassin généralement rétréci : 11 observations.

N° 19, 126, 320, 381, 485 (césarienne itérative), 528 (bassin rétréci et présentation du siège), 589 (bassin rétréci et présentation du siège), 768, 837, 848, 1359.

- Anomalie de la présentation : 3 observations.

N° 817 et 1061 (présentations défléchies).

N° 1305 (présentation transversale).

N° 126, 263, 398, 528, 589 (présentation du siège).

- Placenta praevia : 5 observations.

N° 263, 302, 332, 595, 951.

- Etats pathologiques de la mère : 6 observations

Diabète : 2 observations.

N° 598 + 599, 810.

Leucose aigue : N° 522 (exitus).

Asotémie à 2,50 gr. chez ancienne lithiasique: N° 1075.

Pancréatite aigue oedémateuse : N° 1161 (exitus).

Syndrôme d'hypertension intracrânienne : N° 672 (exitus).

- Antécédents obstétricaux : 4 observations.

N° 283 (syndrôme de fissuration au 6ème mois de la gestation chez deuxième pare ayant subi une césarienne antérieure).

N° 178 (3 césariennes antérieures, la 1ère ayant été faite pour siège décomplété avec anomalie de la dilatation et infection ovulaire ; ligature des trompes).

N° 398 (2 césariennes antérieures ; ligature et section des trompes).

N° 1225 (itérative).

- Autres indications : 5 observations.

N° 200 (césarienne itérative + hystérectomie subtotale avec conservation annexielle pour multiples fibromes).

N° 599 (kystes dermoïdes des ovaires).

N° 722 (césarienne au début du travail, à la 5ème heure de rupture des membranes pour anomalie du col et du segment inférieur chez une primipare ayant été traitée pour hématoocolpos).

N° 1007 (souffrance foetale).

N° 830 (seconde pare de 31 ans ayant subi une périnéorraphie pour incontinence d'urine avec fixation probable du col vésical).

b) Voies d'abord :

- Césarienne corporéale : 4 observations.

N° 398, 522, 598 + 599, 1075.

- Césarienne segmentaire : 36 observations.

N° 19, 126, 178, 200, 222, 263, 276, 283, 302, 320, 332, 381, 482, 485, 528, 559, 589, 595, 672, 722, 754, 768, 810, 817, 830, 837, 848, 951, 977, 1007, 1028, 1061, 1161, 1225, 1305, 1359.

c) Résultats :

- Mortalité de la mère : 3 observations.

N° 522 (leucose aigüe).

N° 1161 (pancréatite aigüe oedémateuse).

N° 672 (syndrome d'hypertension intra-crânienne).

- Mortalité du fœtus : 5 observations.

N° 283 (crise de cyanose secondaire avec apnée).

N° 302 (mort-né).

N° 522 (prématuré de 7 mois, pesant 1800 gr., décédé 48 heures après sa naissance ; mère atteinte de leucose aigüe).

N° 1075 (prématuré de 8 mois, pesant 1800 gr., né en état de mort apparente, ranimé ; envoyé au centre de prématurés où il est décédé 48 heures après ; mère azotémique).

N° 1161 (mort in utero, pesant 2400 gr., mère atteinte de pancréatite aigüe oedémateuse).

Conclusion

Sur 1403 accouchements, nous enregistrons :

- 66 applications de forceps dont :
 - 12 à la partie haute de l'excavation,
 - 2 enfants ont été ranimés,
 - 1 mort-né,
 - 2 décédés après la naissance.
- 40 césariennes :
 - 1 enfant mort in utero,
 - 1 mort-né,
 - 3 décédés après la naissance,
 - 23 enfants ont crié aussitôt après l'extraction,
 - 12 ont nécessité des soins de réanimation.

Résultats globaux	Forceps (66 applications)	Césariennes: 40
Enfants criant aussitôt	61/66	23/40
Enfants réanimés	2/66	12/40
Mortinatalité et mortalité infantile	3/66	5/40

HYSTERECTOMIE : 2 observations.

N° 522 (primipare de 21 ans ; leucose aigue au 7ème mois de la gestation, césarienne corporéale, extraction d'un enfant vivant, criant après désobstruction, pesant 1800 gr., décédé 48 heures après. Hysterectomie subtotale en raison de la nécessité d'une hémostase parfaite ; exitus).

N° 200 (après césarienne itérative, hystérectomie subtotale pour multiples fibromes ; conservation annexielle).

STERILISATION : 3 observations.

Indications : troisième césarienne itérative, dans un cas (598 + 599) au cours d'une première césarienne faite au 8ème mois chez une femme diabétique.

La technique utilisée consiste en une ligature au fil de lin N° 1, suivie de section et enfouissement d'au moins un des 2 moignons de chaque trompe.

BASIOTRIPSIE : 1 observation.

N° 834 (sur hydrocéphale mort in utero au cours du travail).

Conclusion

Sur 66 applications de forceps, nous notons seulement 13 observations de déchirures périnéales ; nous attribuons ces résultats à l'administration de 2559 F., 2637 R P, dérivé du Pyrogallol (Flaxédil) systématiquement injecté à dilatation complète.

"Il a été choisi par notre Maître, Monsieur le Professeur Agrégé, J. GRASSET, pour sa forte activité (qui est celle d'un orthocurare) et en raison de sa toxicité moindre. Il n'entraîne ni effet histaminique, ni dépression cardio-vasculaire. Son administration est

donc particulièrement facile et sans danger, car l'action potentialisatrice des médications antérieurement administrées (antispasmodique, antihistaminique, synaptolytique) permet avec des doses minimales, un effet curarisant sur le relâchement musculaire sans (1) risque de bronchospasme".

Sur 40 section-césariennes, 4 incisions corporéales, 36 hystérotomies segmentaires dont la plupart transversales.

Malgré ses avantages certains, l'incision transversale comporte un grand inconvénient qui ne doit pas être méconnu : le danger de désunion de la cicatrice utérine à l'occasion d'un accouchement (2) ultérieur.

Ce risque est d'autant plus à craindre lorsque certaines règles n'ont pas été observées :

- décollement vésical suffisamment poussé pour permettre, une incision aussi éloignée que possible de la zone musculieuse,
- affrontement soigneux des 2 lèvres de la plaie utérine,
- le recouvrement complet de la cicatrice utérine par la vessie.

L'incision verticale du segment inférieur conserve donc des indications.

(1) Les ganglioplégiques et antihistaminiques en pratique obstétricale (M. R. GAUTHIER - Thèse, Paris, 1953).

(2) L'anesthésie au Penthotal. Curare au cours des opérations césariennes (Pr. Agrégé J. GRASSET, Entretiens de Bichat - Oct. 1949).

CHAPITRE XII

= = = = =

LE FOETUS ET LE NOUVEAU-NE

1/ ENFANTS MALFORMES VIVANTS : 23 observations.

2 (malformation préputiale hypospadias probable), 23 (phymosis serré), 199 (phymosis), 285 (phymosis), 368 (malformation préputiale), 369 (spina bifida), 466 (absence congénitale du pavillon de l'oreille gauche et du conduit auditif externe), 519 (volumineux spina bifida et pieds bots, hydramnios chez la mère), 599 (malformation des 2 pouces extopie testiculaire avec persistance probable du canal péritonéo vaginal), 630 hydrocèle vaginale), 752 (malformation bilatérale du 3ème orteil), 763 (absence de 3ème phalange au second orteil gauche), 789 (pieds bots), 858 (malformation vulvaire ; excroissance muqueuse entre les petites lèvres), 941 (hypospadias), 959 (mongolisme), 1034 (malformation du pied gauche en varus et de la langue, languette muqueuse en avant du frein), 1125 (kystes du voile du palais), 1169 (bec de lièvre), 1207 (malformation cardiaque inopérable ; cyanose intense avec un gros souffle systolique latero-sternal gauche ; poumons noyés d'œdème ; à la radio, gros cœur avec surcharge vasculaire du poumon ; électro-cardiogramme: axe droit physiologique à cet âge ; déviation gauche de l'axe de P. Il s'agit à peu près sûrement d'une transposition des gros vaisseaux), 1305 (imperforation anale, passage en chirurgie pour intervention immédiate), 1308 (phymosis), 1360 (hydrocèle droit).

2/ ENFANTS MALFORMES MORTS-NES : 2 observations.

N° 134 (anencéphale).

N° 834 (hydrocéphale).

3/ AFFECTIONS DIVERSES : 18 observations

N° 102, 143, 1172, 1198 (otites).

N° 346 (bronchite).

N° 20bis, 67, 125 (pyodermites).

N° 590 (pemphigus).

N° 20bis, 23, 103, 118, 155, 175, 241, 487 + 488 (conjonctivites).

N° 267 (ostéochondrite syphilitique de l'extrémité inférieure du fémur).

4/ ENFANTS RANIMES : 47 observations.

N° 19 (césarienne pour anomalie de la dilatation malgré une perfusion d'hypophyse), 53 (circulaire lâche du cordon), 78 (forceps pour non progression de la présentation après une heure d'efforts expulsifs), 113 (version sur 2ème jumeau en présentation céphalique avec procidence d'un pied ; grande extraction de siège avec abaissement des 2 bras), 126 (bassin rétréci transversalement ; siège décomplété ; membranes rompues depuis 9 jours ; césarienne), 165 (forceps pour souffrance foetale), 200 (césarienne itérative), 222 (césarienne pour souffrance foetale et anomalie de la dilatation ; plusieurs circulaires serrés du cordon), 246 (1 circulaire serré du cordon), 263 (césarienne pour placenta recouvrant), 313 (forceps pour souffrance foetale), 334 (césarienne pour placenta recouvrant), 381 (bassin généralement rétréci ; membranes

rompues depuis 14 heures ; césarienne après épreuve du travail), 450 (prématuré de 8 mois, pesant 2100 gr., criant après 15 minutes de soins, mis en incubateur, décédé 24 heures plus tard), 462 (forceps pour souffrance foetale), 463 (primipare de 27 ans ; uterus cylindrique ; gauche postérieure mal fléchie ; perfusion d'hypophyse), 519 (hydramnios chez la mère ; accouchement par le siège décomplété mode des fesses), 522 (leucose aigüe au 7ème mois de la gestation ; césarienne corporéale ; enfant criant avec désobstruction, pesant 1800 gr. décédé 48 heures après), 542 (intoxication de la mère par l'oxyde de carbone en fin de gestation ; enfant ranimé, mais décédé peu après sa naissance), 579 (prématuré de 8 mois ; un circulaire serré du cordon), 595 (césarienne pour placenta recouvrant au 8ème mois de la gestation ; hémorragie importante), 598 + 599 (grossesse gémellaire chez une femme diabétique, ancienne tuberculeuse, actuellement stabilisée ; césarienne au 8ème mois de la gestation au tout début du travail ; enfants ranimés), 643 (siège décomplété avec relèvement des bras), 647 (siège décomplété) 652 (2ème foetus d'une grossesse gémellaire ; siège complet), 722 (césarienne au début du travail, à la 5ème heure de rupture des membranes, pour anomalie du col et du segment inférieur chez une primipare ayant été traitée pour hémato-colpos), 724 (tuberculeuse non bacillaire depuis 3 mois ; traitée par rimifon ; accouchement naturel près du terme ; enfant ranimé), 812 (hématome rétro-placentaire ; forceps pour lenteur d'expulsion), 827 (forceps pour fatigue maternelle et non progression de la présentation), 924 (prématuré

de 6 mois ; siège complet), 947 (grossesse prolongée ; 3 cir-
culaires serrés), 959 (prématuré de 8 mois ; mongolien, ra-
nimé, décédé 3 heures plus tard), 1003 (un noeud sur le cor-
don), 1034 (prématuré de 8 mois ; siège décomplété), 1061 (cé-
sarienne pour défaut d'engagement après 3 heures de bonnes
contractions utérines à dilatation complète ; il s'agit d'une
droite postérieure mal fléchie), 1075 (césarienne d'urgence
pour azotémie progressive à 2,50 gr. au 8ème mois de la ges-
tation ; enfant en état de mort apparente, ranimé, décédé 48
heures après), 1183 (forceps pour arrêt de la progression et
souffrance foetale), 1215 (prématuré de 7 mois, 1er foetus
d'une grossesse gémellaire), 1230 (forceps pour non progres-
sion de la présentation et souffrance foetale), 1255 (siège
décomplété), 1258 (grossesse prolongée de 11 jours ; siège
décomplété), 1275 (grande multipare ; accouchement prématuré
à 7 mois par le siège décomplété), 1305 (césarienne pour pré-
sentation transversale, rupture prématurée des membranes et
hémorragie au terme de 7 mois 1/2), 1339 (prématuré de 8 mois ;
siège décomplété), 1356 (prématuré de 7 mois né en état de
mort apparente ; ranimé ; décédé 6 heures après), 1359 (césa-
rienne itérative pour bassin généralement rétréci et anomalie
de la dilatation).

5/ MORTS-NES : 18 observations.

N° 92, 124bis (accouchement prématuré en ville ; 2ème foetus
d'une grossesse gémellaire, né en état de syncope blanche ;
non ranimé), 166bis (anencéphale), 218 (prématuré de 8 mois,



grande extraction de siège pour souffrance foetale + forceps sur tête dernière ; enfant né en état de mort apparente ; non ranimé), 302 (placenta recouvrant ; hémorragie importante et incoercible avec état de shock), 370 (grossesse gémellaire ; hydramnios aigu au 6ème mois de la gestation ; expulsion de 2 foetus morts-nés pesant respectivement 340 et 350 gr.), 445 (grossesse prolongée ; césarienne itérative ; enfant non ranimé), 454 (3ème siège itératif ; hémorragie au 7ème mois ; expulsion d'un foetus mort-né, pesant 1450 gr.), 649 (siège décomplété avec relèvement des bras ; la tête se défléchit tandis que le menton s'accroche à la symphyse, rendant impossible la manoeuvre de Mauriceau ; l'enfant meurt au cours des tentatives de flexion de la tête), 674 (grossesse prolongée chez une mère diabétique ; enfant né en état de mort apparente ; non ranimé), 777 (enfant mort in utero au cours d'un coma hyperglycémique survenu aux environs du terme chez une femme diabétique), 834 (hydrocéphale), 926bis (terme dépassé de 15 jours, accouchement fait en ville), 1161 (césarienne pour pancréatite aiguë oedémateuse), 1161 (hématome rétro-placentaire), 1384 (hydramnios aigu au 7ème mois de la gestation), 1385 (prématuré de 7 mois ; non ranimé).

6/ MACERES : 9 observations

N° 99 expulsion d'un foetus macéré pesant 430 gr., au 7ème mois de la gestation), 415bis (accouchement prématuré en ville, d'un enfant macéré, pesant 1920 gr.), 506 (hydramnios au terme de 8 mois 1/2, chez une femme diabétique), 586 (prématuré),

905 (enfant mort in utero au 6ème mois de la gestation, au cours d'un coma diabétique), 991 (mort in utero au cours du 7ème mois), 1048 (rétention foetale depuis le 7ème mois), 1291 (mort in utero au voisinage du terme), 1378 (diabète avec acidocétose chez la mère).

7/ DECEDES APRES LA NAISSANCE :

Prématuration : 9 observations.

N° 38 (prématuré de 6 mois, décédé 6 heures après sa naissance), 98 (prématuré de 7 mois, 2ème jumeau décédé le 2ème jour), 275 (prématuré de 6 mois, décédé le 7ème jour), 283 (césarienne pour syndrome de fissuration au 6ème mois de la gestation ; accès de cyanose secondaire avec apnée ; décédé 6 heures après sa naissance).

353bis (accouchement prématuré fait en ville), 450 (césarienne au terme de 6 mois 1/2 pour leucose aigue chez la mère ; enfant décédé 48 heures après sa naissance).

916 (prématuré de 6 mois ; crise de cyanose à la naissance ; décédé 4 jours après).

1356 (prématuré de 7 mois ; né en état de mort apparente, décédé peu après).

Malformations : 1 observation.

N° 959 (prématuré de 8 mois, mongolienne, ranimée, décédée 3 heures après).

Hémorragie méningée : 1 observation.

N° 729 (accouchement naturel au terme de 8 mois 1/2, enfant décédé 24 heures après sa naissance : oedème cérébral très

important avec hémorragie méningée ; coeur très augmenté de volume, poumons anormalement bleus, rate congestive, foie normal).

Autres causes : 2 observations.

N° 143bis (accouchement et délivrance en ville ; la mère et l'enfant sont admis dans le service d'isolement pour hyperthermie ; enfant décédé le 2ème jour).

N° 542 (mère intoxiquée par le gaz de carbone en fin de gestation, enfant ranimé, décédé quelques heures plus tard).

8/ MORTINATALITE ET MORTALITE NEO-NATALE

Nous nous baserons sur les critères adoptés par P. MORIN et J.J. CHIMENES, dans leur étude statistique effectuée à la Clinique Baudelocque pour 1951, c'est-à-dire que :

1. Nous comptons,

tous les enfants de 1000 gr. et plus,

tous les enfants décédés dans le Service jusqu'au 30ème jour.

2. Nous prenons également les mêmes définitions,

un enfant est dit prématuré lorsque son poids de naissance est égal ou inférieur à 2300 gr. (décision de la Commission de Nomenclature de 1947 et du Groupe d'Expertise de la prématurité de 1950).

Un enfant est dit mort-né lorsqu'il n'a pas présenté d'inspiration à l'air libre.

Voici les chiffres relevés :

Sur 1403 accouchements, nous comptons,

151 prématurés,

1252 enfants nés au voisinage du terme.

La mortalité globale est de 39, soit: 2,7%.

Ces 39 morts se divisent en :

14 nés aux environs du terme, soit: 1,1%

25 prématurés, soit: 16,5%

Quelles sont les parts respectives de la mortinatalité et de la mortalité néo-natale ?

- Sur les 14 enfants nés au voisinage du terme :

10 morts-nés ou macérés,

4 décédés dans les 30 premiers jours.

- Sur les 25 prématurés :

16 morts-nés ou macérés.

9 décédés dans les 30 premiers jours.

Nous résumons ces résultats dans le tableau suivant : en rappelant que les chiffres et pourcentages concernant les prématurés ne tiennent pas compte des prématurés adressés à des centres de prématurés en raison même de la précarité de leur état.

		N A I S S A N C E S					
		A terme		Prématurés		Total	
		1252		151		1403	
Mortalité globale	Nombre et pourcentage	14	1,1%	25	16,5%	39	2,7%
Morti-natalité	Nombre et pourcentage	10	0,7%	16	10,5%	26	1,8%
Mortalité néo-natale	Nombre et pourcentage	4	0,4%	9	6%	13	0,9%

CHAPITRE XIII

= = = = =

MORTALITE MATERNELLE

1°- PENDANT LA GESTATION : 0 observation.

2°- PENDANT L'ACCOUCHEMENT: 0 observation

3°- A LA SUITE D'AVORTEMENT: 2 observations.

N° 57bis (malade admise dans le coma, exitus peu après), 72
crise d'oedème aigu du poumon chez une mitrale décompensée).

4°- EN SUITES DE COUCHES : 1 observation

N° 926bis (accouchement et délivrance en ville aux environs
du terme ; hémorragie 15 minutes après avec shock ; exitus pen-
dant le transport à l'hôpital).

5°- A LA SUITE D'UNE INTERVENTION : 3 observations

N° 522 (césarienne corporéale au 7ème mois de la gestation
pour leucose aiguë ; hystérectomie subtotale en raison de la
nécessité d'une hémostase parfaite ; décédée 3 jours après ;
hémorragie en nappe, syndrome d'hypertonie du côté droit, en-
trée progressive dans le coma), 672 (césarienne segmentaire à
la suite d'une intervention pour syndrome d'hypertension intra-
crânienne. Exitus).

1161 (césarienne basse près du terme pour pancréatite aiguë
oedémateuse).

Conclusion

On a enregistré une mortalité globale de 6 cas sur 1852 femmes
hospitalisées, soit une proportion de : 1 cas de décès sur 308 femmes
hospitalisées.

Prophylaxie anti-infectieuse par les sulfamides et les antibiotiques, déconnexion par les ganglioplégiques en cas de toxémie grave, anticoagulants devant toute menace de thrombose, expliquent suffisamment ces progrès remarquables.

Une liaison constante avec les services spécialisés n'en demeure pas moins indispensable dans certains cas.

C O N C L U S I O N

= = = = =

L'étude du fonctionnement de la Maternité de l'Hôpital de la Pitié, au cours de l'année 1955, nous a montré que pour 1403 accouchements :

- 1.- La mortalité maternelle est de 4 cas (0,28%)
- 2.- La morbidité maternelle de 41 cas (3,55%)
 - suites de couches fébriles 46 cas (3,2%)
 - Phlébites 5 cas (0,35%)
- 3.- La mortalité infantile globale est de 39 cas (2,7%).
 - Nés aux environs du terme 14 cas (1,1%)
 - Des prématurés. 25 cas (16,5%)

Les travaux du service ont porté particulièrement sur les études des éliminations hormonales urinaires pratiquées au laboratoire de la Maternité.

Sur la prophylaxie et le traitement des accidents septiques de la gestation post-partum et post-abortum par la pratique de l'antibiogramme des germes vaginaux, systématiquement effectué.

Sur la mise au point et l'application de la Méthode d'accouchement physiologiquement accéléré, préconisé par notre Maître, le Professeur Agrégé, Jacques GRASSET, dont les résultats se sont révélés particulièrement bénéfiques dans l'accouchement du prématuré qui reste un des problèmes les plus délicats de l'obstétrique.

Vu, le Doyen : Vu, le Recteur : Vu, le Président :

BINET

SARRAILH

LACOMME

